Normes et pratiques de gestion

GUIDE ADMINISTRATIF

CONCERNANT LE RÈGLEMENT SUR L'ORGANISATION ET L'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS

Gouvernement du Québec
Ministère des Affaires sociales

GUIDE ADMINISTRATIF CONCERNANT LE REGLEMENT SUR L'ORGANISATION ET L'ADMINISTRATION DES ETABLISSEMENTS

PRESENTATION

CHAPITRE 1

La classification des établissements et les catégories de familles d'accueil

Section 1

Les centres hospitaliers

1. Soins de courte durée

2. Soins de longue durée

- L'hôpital de jour

Section 2

Les centres d'accueil

1. Les centres d'hébergement

   - Les pavillons

   - Les centres de jour

   - Les programmes d'hébergement temporaire

2. Les centres de réadaptation

Section 3

Les centres de services sociaux et les centres locaux de services communautaires

- Les centres de santé

Section 4

Catégories de familles d'accueil

CHAPITRE 2

L'administration des établissements

Section 1

La formation des membres des conseils d'administration des établissements publics

Section 2

Les règlements du conseil d'administration

- L'article 6
- L'article 7
- L'article 8

Section 3

L'hygiène et la sécurité

Section 4

Les assurances

Section 5

Les conflits d'intérêts

Section 6

Le comité consultatif à la direction générale dans les centres hospitaliers

Section 7

Les nouveaux services nécessitant l'autorisation écrite du ministre

CHAPITRE 3

L'accès aux services dispensés par les établissements et les familles d'accueil

Section 1

L'enregistrement, l'inscription, l'admission, le congé

1. L'enregistrement

2. L'inscription

3. L'admission

4. Le congé

Section 2

L'admission en soins de longue durée et en hébergement

Section 3

L'admission dans un centre de réadaptation

Section 4

L'admission dans un centre de réadaptation pour personnes mésadaptées socio affectives

1. Le comité régional d'admission et la Loi sur la protection de la jeunesse

- La mesure d'urgence
- La mesure volontaire
- La mesure ordonnée

2. Le comité d'admission et la Loi sur les jeunes contrevenants

- La détention provisoire
- Les décisions du Tribunal

Section 5

L'accès aux services dispensés par les familles d'accueil

CHAPITRE 4

Les dossiers des bénéficiaires

Section 1

La constitution du dossier

1. Généralités

2. Le dossier concernant les services sociaux dans un centre hospitalier

Section 2

Le contenu du dossier

1. Le consentement aux soins et aux traitements

- La capacité à donner un consentement valide

  a) Les majeurs
  b) Les mineurs

- L'expression du consentement

- Les conditions préalables au consentement

- Les cas exceptionnels

  a) Les cas d'urgence
  b) Les maladies à traitement obligatoire

2. Le plan d'intervention

3. Les notes d'évolution du pharmacien

4. Le protocole d'exécution des ordonnances

Section 3

L'accès au dossier d'un bénéficiaire

1. La Loi sur l'accès

2. L'article 7 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

3. Les personnes ayant accès au dossier d'un bénéficiaire

Section 4

La conservation des dossiers des bénéficiaires

CHAPITRE 5

Nouvelles orientations dans l'organisation des centres hospitaliers et des centres d'hébergement

Section 1

L'organisation des centres hospitaliers

1. Généralités

2. Les départements cliniques

3. Le département de santé communautaire

4. Le département de pharmacie

Section 2

L'organisation des centres d'hébergement

1. Les soins médicaux

2. La pharmacie

3. Les soins de santé et d'assistance

CHAPITRE 6

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens dans un centre hospitalier

Section 1

Les médecins et les dentistes

1. La nomination des médecins et des dentistes

2. Les statuts des médecins et des dentistes

Section 2

Les pharmaciens

Section 3

Les comités

Section 4

Les mesures disciplinaires

PRÉSENTATION

Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements est en vigueur depuis le 1er octobre 1984 et le ministère des Affaires sociales juge utile de publier un guide administratif qui traite des parties les plus significatives du règlement. Le ministère a consulté plusieurs organismes afin de cerner les points à traiter pour une meilleure compréhension de ce règlement qui découle du projet de loi 27.

Ce projet de loi 27, adopté par l'Assemblée nationale le 19 décembre 1981, visait plusieurs objectifs reliés à l'organisation future du système de santé, notamment:

- accroître la capacité de l'Etat de contrôler l'évolution du régime d'assurance-maladie;

- accroître la capacité de l'Etat de rationaliser l'organisation du réseau des Affaires sociales par des moyens permettant la mise en commun de services ou encore par des modifications de vocation pouvant même aller jusqu'à la fusion d'établissements;

- confirmer et accroître l'exercice de mandats ministériels par les conseils régionaux;

- multiplier, au sein des conseils d'administration des établissements, les échanges entre catégories d'établissements et accroître simultanément la représentation de la population au sein des conseils;

- rapprocher les médecins et les gestionnaires dans les établissements hospitaliers et les centres d'hébergement.

La réglementation découlant de cette législation, dont vous trouverez la liste à l'annexe I, touche principalement l'organisation du réseau, sa gestion financière et les immobilisations.

Au chapitre de l'organisation, on notera les faits saillants suivants:

1. Pouvoirs et fonctions des conseils d'administration

Depuis le 1er octobre 1984, les conseils d'administration de chaque établissement ont la responsabilité de réglementer eux-mêmes un certain nombre d'activités qui sont décrites aux articles 6 et 7 du règlement et dont voici quelques exemples:

a) la conclusion de contrats de services professionnels;

b) la révision annuelle de la répartition des lits d'un établissement en fonction des besoins de soins ou de la gravité des maladies, des ressources de l'établissement, du permis et des besoins de l'enseignement;

c) l'organisation de l'enseignement et de la recherche dans l'établissement;

d) la détermination des critères d'admission et de sortie et celle des politiques de transfert des bénéficiaires dans le cas des centres hospitaliers et des centres d'accueil;

e) la détermination des critères d'inscription des bénéficiaires dans le cas d'un établissement dispensant un programme d'activités de jour ou dans le cas d'un centre d'accueil;

f) la détermination des critères de prise en charge des bénéficiaires par les familles d'accueil et celle des politiques de transfert de ces bénéficiaires dans le cas des centres de services sociaux;

g) les visites aux bénéficiaires admis;

h) l'adoption d'un règlement sur l'organisation de services de pastorale dans l'établissement.

2. Rôle des conseils régionaux

Afin d'assurer la complémentarité des services, au niveau régional et sous-régional, ainsi qu'une meilleure concertation

des différents partenaires du réseau, les conseils régionaux de santé et de services sociaux se voient confier la tâche:

a) d'approuver les critères d'admission et les politiques de transfert des centres hospitaliers et des centres d'accueil;

b) d'élaborer et de coordonner un système d'admission et de transfert des bénéficiaires dans les établissements offrant des soins de longue durée et des services d'hébergement. Ce système d'admission doit être mis en place avec la collaboration des établissements et des intervenants intéressés en tenant compte de l'ensemble des ressources qui existent dans la région;

c) de former un comité d'admission composé notamment de représentants du centre de services sociaux et des centres de réadaptation de la région, dans le cas des centres de réadaptation pour personnes mésadaptées socio-affectives et pour personnes handicapées mentales.

3. Rapprochement de la profession médicale et des gestionnaires

De façon à mieux concilier les préoccupations de la profession médicale et de l'établissement, le règlement prévoit, entre autres:

a) la formation, dans les centres hospitaliers, d'un comité consultatif à la direction générale dont la fonction principale est de faire des recommandations quant aux orientations et aux priorités d'actions du centre hospitalier, ainsi qu'aux moyens à mettre en oeuvre pour que les services dispensés soient complémentaires à ceux qui sont offerts dans les autres établissements de la région;

b) la formation, dans les centres hospitaliers de soins de courte durée, d'un département clinique de médecine générale, d'un département clinique de radiologie et d'un département clinique de laboratoires de biologie médicale;

c) l'intégration des pharmaciens dans l'organisation médicale en précisant leur rôle au sein du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi qu'en les rattachant au directeur des services professionnels;

d) la nomination d'un médecin responsable des soins médicaux dans un centre d'hébergement où moins de cinq médecins exercent leur profession;

e) la formation d'un service médical composé de médecins exerçant dans un centre d'hébergement où au moins cinq médecins exercent leur profession;

f) la formation d'un service de pharmacie dans un centre d'hébergement ou la nomination d'un pharmacien chargé, entre autres, d'assurer les services pharmaceutiques et de gérer les ressources en pharmacie.

4. Privilèges des médecins et des dentistes

Le texte du règlement précise que les privilèges des médecins et des dentistes sont accordés en fonction de l'organisation du centre hospitalier et du plan des effectifs médicaux et dentaires approuvé par le conseil régional.

De plus, l'importance des activités hospitalières d'un médecin, d'un dentiste ou d'un pharmacien détermine dorénavant le statut (actif, associé, conseil, honoraire, résident, interne) qui lui est accordé dans le centre hospitalier.

5. Système d'information sur les services, la clientèle et les ressources humaines

La nouvelle réglementation protège aussi de façon spécifique le caractère personnel et confidentiel des renseignements que doivent transmettre les établissements au ministre pour fins de planification et de coordination. Il s'agit des informations qui concernent les services fournis par l'établissement, ainsi que des données sur le personnel salarié.

L'impact de cette réglementation comporte non seulement des éléments affectant la structure intra établissement, mais aussi les rapports entre les établissements. Ainsi, il y a une volonté très nette de rapprochement, particulièrement pour les centres hospitaliers et les centres d'accueil d'hébergement, entre le personnel médical et l'ensemble des gestionnaires de l'établissement.

Quant au rapport inter établissement, on notera en particulier le mandat confié aux conseils régionaux pour mettre sur pied des systèmes permettant une gestion efficace de l'hébergement et des soins de longue durée. Par ce moyen, des rapprochements organisationnels deviendront essentiels entre les conseils régionaux eux-mêmes, les CLSC qui oeuvrent dans le domaine des soins et des services à domicile, les CSS, les centres d'hébergement, de même que les centres hospitaliers de soins de longue durée. Le ministère vise ainsi à constituer un réseau plus intégré et mieux coordonné.

L'avenir accentuera et valorisera les valeurs suivantes:

- la convergence des efforts et des contributions de chacun;
- les échanges d'information et de services;
- l'adaptation par la complémentarité et une efficacité accrue.

Puisque l'organigramme de toute organisation est lui-même fonction des objectifs, de son environnement et des valeurs qui animent ses dirigeants, il y a lieu d'anticiper par cette réglementation de nombreux changements structurels dans le réseau, que ce soit à l'intérieur même des établissements ou dans l'organisation des rapports entre les établissements du réseau.

Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements s'applique à tous les établissements du réseau, qu'ils soient publics ou privés, à l'exception des articles du règlement comportant une mention en restreignant le champ d'application.

Nous sommes conscients que le projet de loi 27 et la réglementation qui en découle, particulièrement à l'égard de l'organisation des établissements sont très spécifiques. Ils reflètent en cela une volonté claire et précise de la part du ministère qui fait partie lui-même de ce vaste système que l'on appelle couramment le réseau des Affaires sociales. D'autres articles par contre peuvent s'appliquer avec des variantes locales.

Nous espérons que ce guide permettra aux diverses parties du réseau d'agir en saisissant bien non seulement la lettre, mais aussi l'esprit et l'orientation générale de cette réglementation.

Le sous-ministre,

Jean-Claude Deschênes

CHAPITRE I

LA CLASSIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS ET LES CATÉGORIES DE FAMILLES D'ACCUEIL

SECTION 1

LES CENTRES HOSPITALIERS

La classification des centres hospitaliers a été simplifiée. La division en types a été abandonnée pour ne conserver que la division en deux classes:

1. Les centres hospitaliers de soins de courte durée

   Cette classe est demeurée la même, sauf l'addition, à partir du 1er avril 1985, des centres hospitaliers pour convalescents.

2. Les centres hospitaliers de soins de longue durée

   Cette classe est demeurée la même, sauf le retrait des centres hospitaliers pour convalescents et l'introduction de la nouvelle appellation centres hospitaliers de soins de longue durée.

- L'hôpital de jour

  Le règlement comporte une mention nouvelle à l'égard des centres hospitaliers. On précise que les centres hospitaliers dispensant des soins de longue durée peuvent offrir un programme d'activités de jour de nature préventive, thérapeutique ou de réadaptation. La nouvelle mention s'applique aux centres hospitaliers de longue durée et aux centres hospitaliers de courte durée dispensant des soins de longue durée.

  L'hôpital de jour est donc un programme où l'on offre des services en externe à des personnes qui requièrent des traitements médicaux, infirmiers ou de réadaptation.

Il s'adresse à des personnes âgées ou autres qui souffrent de multidysfonctionnalités physiques associées ou non à des troubles psycho sociaux.

SECTION 2

LES CENTRES D'ACCUEIL

Les centres d'accueil sont divisés en deux classes.

1. Les centres d'hébergement

Les centres d'hébergement reçoivent des adultes en perte d'autonomie.

Il est à noter que le règlement précise, pour la première fois, les activités qu'un centre d'hébergement peut exercer par l'entremise d'un pavillon.

- Les pavillons *

L'opération "pavillonnement", effectuée en 1976 et 1977, avait pour but de normaliser, en les reliant par contrat à des établissements publics du réseau des affaires sociales, les petits foyers sans permis et les anciens foyers affiliés aux hôpitaux psychiatriques. Plusieurs établissements privés subventionnés à taux fixe suivant l'article 176 de la Loi ont également renoncé à leur permis d'exploitation pour devenir pavillon.

Un pavillon est une installation d'un centre d'hébergement public, où l'on offre à une clientèle en légère perte d'autonomie, outre le gîte et le couvert, des services de surveillance, d'assistance et de protection sociale. Cette installation, aménagée pour recevoir au moins 10 bénéficiaires, est maintenue par une personne physique ou morale qui accepte d'être reliée à l'établissement public par un contrat de location de biens et services.

* Le terme "pavillon", tel qu'on l'utilise au ministère des Affaires sociales, n'a pas tout à fait la même acception que celle qui est normalisée par l'Office de la langue française. Toutefois, comme l'expression "pavillon" est en usage au M.A.S. depuis près de dix ans, nous croyons nécessaire de la maintenir pour une meilleure compréhension de la législation et de la réglementation.

La responsabilité d'accepter un pavillon ou d'autoriser le développement de ce type de ressource relève du service des Programmes d'hébergement au M.A.S. C'est ce service qui analyse et traite les demandes reçues et, s'il y a lieu, recommande l'émission d'un permis à un établissement public permettant de "pavillonner" la ressource. C'est également le M.A.S. qui fixe les normes d'agrément des pavillons. Ces normes, élaborées en mai 1976, ont été révisées en septembre 1980 et sont réunies dans un cahier intitulé "Normes d'agrément des pavillons d'hébergement rattachés aux centres d'accueil" dont la Direction de l'agrément assure la diffusion et voit à l'application.

Par ailleurs, le conseil régional ayant une responsabilité de coordination et de planification des services et ressources dans sa région, c'est par son intermédiaire et sur sa recommandation que les demandes d'ouverture de pavillon doivent être acheminées au M.A.S. pour étude et décision.

Les liens fonctionnels entre les parties (pavillon - établissement public) sont établis au moyen d'un contrat uniforme de location de biens et de services. Le ministère des Affaires sociales a élaboré un contrat-type et en coordonne la révision. La version actuellement utilisée est celle qui fait partie des Documents standard du ministère depuis le mois de janvier 1983 et dont la diffusion a été faite par la Circulaire 1983-047 du 16 mai 1983 intitulée: "PAVILLONS: Contrat de location de biens et services". Cette circulaire donne aussi quelques instructions sur l'application de certaines dispositions du contrat. Le contrat-type est en voie de révision.

En fait l'objet du contrat de "pavillonnement" est de permettre à l'établissement public, pour les besoins de ses bénéficiaires et moyennant un prix forfaitaire quotidien par bénéficiaire, d'obtenir simultanément la jouissance des biens et l'exécution des services personnels du responsable du pavillon. C'est un contrat d'adhésion dont les modalités et conditions sont prédéterminées et non négociables entre les parties et ce, parce qu'il vise une situation particulière et bien circonscrite de rattachement administratif et qu'il appelle l'application de modalités de fonctionnement identiques et le paiement d'une considération unique et indivisible. C'est pourquoi ce contrat ne peut être utilisé dans les cas qui ne répondent pas parfaitement à la situation pour laquelle il a été conçu, par exemple, lorsque l'établissement public est déjà propriétaire d'une installation et qu'il désire, en définitive, trouver le personnel nécessaire pour la rendre opérationnelle.

Les modalités de fonctionnement entre les parties au contrat sont également régies, depuis le 1er octobre 1984, par les articles 32 (système d'admission et de transfert des bénéficiaires) et 36 (rapport sommaire écrit) du Règlement faisant l'objet de ce guide.

Les pavillons reçoivent du M.A.S., via les établissements publics auxquels ils sont rattachés, un prix de journée par bénéficiaire hébergé en pavillon. Certaines règles particulières de paiement sont également prévues au contrat. Le prix de journée est fixé par décision du Conseil des ministres sur recommandation du Conseil du trésor à la suite d'un mémoire présenté par le ministre des Affaires sociales. Le ministère des Affaires sociales annonce par une circulaire l'indexation trimestrielle du montant.

Les bénéficiaires hébergés dans un pavillon jouissent d'une disposition particulière en matière de contribution à leur hébergement. L'article 372 du Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (R.R.Q., 1981, chap. S-5, r. 1) tel que remplacé par le règlement adopté par le Décret 1426-84 du 20 juin 1984 ((1984) 116 G.O. 2 no. 27, 2644) prévoit, en effet, que ces bénéficiaires ont droit à ce que le prix de journée exigible par les centres d'hébergement n'excède pas celui que reçoivent les pavillons où ils sont hébergés.

- Les centres de jour

Le règlement comporte une autre mention nouvelle à l'égard des centres d'hébergement. On précise que ces derniers peuvent offrir un programme d'activités de jour de nature préventive, thérapeutique ou de réadaptation. Un tel programme est connu sous le nom de centre de jour et est offert à des adultes ou des personnes âgées, après une évaluation de leurs besoins, l'élaboration d'un plan d'intervention et, le cas échéant, d'un plan de services.

Ce programme s'adresse à des personnes atteintes globalement dans leur autonomie et qui requièrent des interventions aux plans physique, psychologique et social.

Dans le cas des personnes âgées de plus de 75 ans, certaines sont particulièrement visées par le programme connu sous le nom de centre de jour: les personnes seules, celles qui sont confuses ou désorientées, celles qui attendent une admission et celles qui cohabitent avec un ou des proches parents.

- Les programmes d'hébergement temporaire

Il s'agit d'un ensemble de services offerts à des adultes ou à des personnes âgées afin de pallier une incapacité temporaire de demeurer à domicile. Outre l'hébergement, le programme prévoit des services d'évaluation, des soins de santé et d'assistance, des services psycho sociaux de même que des activités de réadaptation fonctionnelle.

Selon les modalités prévues par le conseil régional, ce programme peut être offert en famille d'accueil, en pavillon, en centre d'hébergement ou en centre hospitalier de soins de longue durée, et cela sur une base planifiée ou en cas d'urgence.

2. Les centres de réadaptation

Les centres de réadaptation sont les seuls établissements subdivisés en types, selon leur clientèle:

a) les personnes mésadaptées socio affectives;

b) les personnes handicapées mentales;

c) les personnes handicapées physiques;

d) les personnes toxicomanes;

e) les mères en difficulté d'adaptation.

Le dernier type de centres de réadaptation est nouveau. La clientèle des mères en difficulté d'adaptation était autrefois comprise dans celle des personnes mésadaptées socio affectives. Le nombre de centres pour mères en difficulté d'adaptation est limité à cinq en vertu de l'annexe I du règlement.

SECTION 3

LES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX ET LES CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

Le règlement ne prévoit pas de classes ou de types pour les centres de services sociaux et les centres locaux de services communautaires.

Le règlement limite cependant, à son annexe II, le nombre de centres locaux de services communautaires qui peuvent appartenir également à la catégorie de centre hospitalier. Les établissements connus sous le nom de centres de santé font partie de la liste figurant à l'annexe II du règlement.

- Les centres de santé

Les centres de santé ne constituent pas une classe de centre local de services communautaires. Ce sont des établissements appartenant, en vertu de leurs lettres patentes, à plusieurs catégories: centre local de services communautaires et centre hospitalier. Certains centres de santé appartiennent aussi à la catégorie centre d'accueil.

Conformément à l'article 64 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les lettres patentes des centres de santé déterminent la composition de leur conseil d'administration. Ils ont tous un conseil d'administration de centre local de services communautaires.

En ce qui concerne l'application de la loi ou des règlements aux centres de santé, l'article 137 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux apporte des éléments de solution. On y prévoit que "lorsqu'un établissement appartient à plus d'une catégorie, les dispositions de la loi et des règlements s'appliquent aux différentes parties ou activités de l'établissement selon les catégories auxquelles il appartient." L'article 137 prévoit une restriction à ce principe: il ne peut y avoir qu'un seul conseil consultatif du personnel clinique et un seul conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour l'établissement.

Donc, en autant que les activités d'un centre de santé peuvent être distinguées et rattachées à la catégorie centre local de services communautaires ou à celle de centre hospitalier, on pourra appliquer à ces activités les dispositions de la loi ou des règlements concernant respectivement les centres locaux de services communautaires ou les centres hospitaliers. Lorsqu'il est impossible d'établir une telle distinction, il faut en référer à la catégorie principale de l'établissement, selon la composition de son conseil d'administration, qui est celle de centre local de services communautaires. Il en va de même pour l'application des directives.

Il faut souligner que les centres de santé ne sont pas les seuls établissements appartenant à plusieurs catégories. Par exemple, de nombreux centres hospitaliers appartiennent également à la catégorie centre d'accueil, ayant en plus de la vocation d'un centre hospitalier celle d'un centre d'hébergement. La catégorie principale et la composition du conseil d'administration de ces établissements sont généralement celles d'un centre hospitalier. Les règles mentionnées plus haut à l'égard des centres de santé s'appliquent aux établissements à vocations multiples.

SECTION 4

CATÉGORIES DE FAMILLES D'ACCUEIL

Le nouveau règlement détermine trois catégories de familles d'accueil:

- la famille d'accueil régulière qui répond aux besoins ordinaires des personnes nécessitant une mesure de protection sociale et la famille d'accueil spéciale qui assume à cet égard des responsabilités supplémentaires;

- la famille d'accueil de réadaptation qui offre un programme de réadaptation établi par un établissement fournissant des services de réadaptation, relié par un contrat de services au centre de services sociaux.

Il est à noter que les trois types de familles d'accueil s'adressent à l'ensemble des clientèles: enfants, adultes et personnes âgées.

En vertu de la loi, une famille d'accueil peut prendre en charge un maximum de neuf bénéficiaires. Cependant, le règlement limite à quatre le nombre maximum de bénéficiaires à qui une famille d'accueil peut appliquer un plan d'intervention de réadaptation.

Le règlement stipule également qu'une famille d'accueil peut appartenir à plus d'une catégorie. Ainsi, une famille d'accueil pourrait, par exemple, se voir confier six personnes à titre de famille d'accueil régulière et trois autres à titre de famille d'accueil spéciale. Toutefois, en raison de la nature et de l'intensité des activités à mettre en oeuvre dans le cas d'une personne à qui est appliqué un plan d'intervention de réadaptation, le nombre maximal de personnes bénéficiant d'un tel plan est limité à quatre. La nature des interventions et le nombre de bénéficiaires confiés à une famille d'accueil de réadaptation doivent être établis en vertu d'un contrat de services approuvé entre le centre de services sociaux et l'établissement de réadaptation concerné.

CHAPITRE 2

L'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS

SECTION 1

LA FORMATION DES MEMBRES DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Afin d'aider les conseils d'administration des établissements à assumer leurs responsabilités, il est important que les conseils régionaux continuent de fournir à leurs membres l'information et la formation nécessaires à l'exercice de leur fonction d'administrateur d'un établissement.

SECTION 2

LES RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'article 6 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements comporte une liste des règlements que le conseil d'administration d'un établissement public ou d'un établissement privé conventionné doit adopter lorsqu'ils relèvent du champ d'activité de l'établissement. Cette liste n'est pas limitative puisque le conseil d'administration d'un établissement peut adopter d'autres règlements pour l'exercice des pouvoirs de l'établissement.

La liste des règlements se veut un rappel des sujets sur lesquels un conseil d'administration doit se pencher. Le conseil d'administration n'a pas l'obligation de rédiger lui-même tous ces règlements en première instance. Il peut en faire préparer par diverses instances de l'établissement, sur des sujets qui les concernent, et les adopter par la suite.

Plusieurs des éléments énumérés à l'article 6 correspondent à des articles de l'ancien Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ce sont des sujets que le gouvernement a choisi de ne plus réglementer, laissant la responsabilité de le faire au conseil d'administration de chaque établissement, selon ses besoins spécifiques.

- Les paragraphes de l'article 6 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements se rattachant à cet effort de déréglementation sont les suivants:

		(Numéros d'articles de l'ancien Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux)
9°	l'organisation de l'enseignement et de la recherche	articles 193 à 197
22°	le délai pour compléter le dossier d'un bénéficiaire.	articles 61 et 64
23°	la procédure applicable lors d'une sortie non autorisée	article 65

- D'autres paragraphes de l'article 6 correspondent à des articles de l'ancien Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, où l'on prévoyait déjà, pour les conseils d'administration d'établissements, une obligation d'adopter des règlements sur les mêmes sujets:

		(Numéros d'articles de l'ancien règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux)
1°	régie interne	article 118
4°	budget	article 117 d)
5°	demande ou projet soumis au ministre ou au conseil régional	article 117 e)
6°	contrats de services professionnels	article 117 f)
8°	répartition des lits	article 60

10°	examens diagnostiques de routine	article 188
11°	critères d'admission	article 75
16°	maladies contagieuses ou infectieuses	article 108
17°	visites	articles 102 à 106
20°	congés temporaires	article 62

- Les paragraphes de l'article 6 prévoyant une obligation nouvelle d'adopter des règlements sont les suivants:

2° orientations et activités de l'établissement;

3° rapports à produire au conseil d'administration sur la nature, la quantité et la qualité des services fournis aux bénéficiaires;

12° critères d'inscription aux programmes d'activités de jour;

13° critères d'inscription dans un centre d'accueil;

14° critères d'accès aux services par des groupes de personnes (CSS et CLSC);

15° critères de prise en charge par des familles d'accueil (CSS);

18° modalités applicables dans les cas de contention et d'isolement;

19° modes d'administration de l'allocation d'un bénéficiaire;

21° modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des bénéficiaires;

24° procédure de destruction des dossiers des bénéficiaires.

L'ARTICLE 6

1° Le conseil d'administration d'un établissement doit adopter un règlement portant sur sa régie interne.

Extrait de la Grille de référence publiée par le Service de perfectionnement du C.R.S.S.S.M.M., en novembre 1984:

"On peut entendre le sens de l'expression régie interne comme étant les règles de fonctionnement du conseil d'administration.

"A ce sujet, plusieurs associations ont déjà fourni des modèles-type du règlement n° 1; de plus, nous joignons en annexe un aperçu de ce que peut contenir un règlement de régie interne, tel que diffusé lors des sessions de perfectionnement offertes par le C.S.S.S.R.M.M.".

La liste des sujets couverts par un règlement de régie interne, à laquelle on se réfère plus haut, se retrouve à l'annexe II du présent guide.

Notons, à titre de référence, que l'Association des centres d'accueil du Québec a publié, en mai 1983, un projet de règlement de régie interne des conseils d'administration des centres d'accueil.

2° Le conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur les orientations et les activités de l'établissement.

Extrait de la Grille de référence publiée par le Service de perfectionnement du C.R.S.S.S.M.M., en novembre 1984:

"Un tel règlement pourrait préciser la fréquence et les modalités selon lesquelles les membres du conseil décident et révisent des orientations et activités de l'établissement.

"Exemples de fréquence: quinquennale, annuelle, bi-annuelle, etc.

"Exemples de modalités: à huis clos, avec des experts internes ou externes, en réunion spéciale, etc.

"De plus, ce règlement implique deux niveaux d'orientations et d'activités. D'une part, il revient au conseil d'administration de définir la mission de l'établissement, ses valeurs, sa philosophie, sa clientèle spécifique, sa place dans le réseau des établissements, les types de services qu'il offre et ce, dans les limites du permis (de l'établissement). A cet égard, il existe plusieurs modèles de planification stratégique, soit dans d'autres établissements (ex. le C.H. Sacré-Coeur vient tout récemment d'en publier un) ou entreprises publiques (ex. Hydro-Québec). De plus, il est possible de se procurer des modèles-type en s'adressant au Conseil canadien d'agrément des hôpitaux ou encore aux Associations d'établissements.

"D'autre part, compte tenu de cette mission, il revient au conseil d'administration d'approuver les objectifs et activités de chaque année et ce, afin d'être constamment en accord avec la mission générale.

"Pour s'assurer qu'il exerce véritablement son rôle en rapport avec ces deux niveaux d'orientations et d'activités, le conseil d'administration doit donc prévoir "le quand et le comment" il s'acquittera de sa tâche."

3° Le conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur les rapports à lui produire sur la nature, la quantité et la qualité des services fournis aux bénéficiaires.

"Ce règlement détermine la fréquence et les modalités de présentation de ces rapports.

"En premier lieu, le conseil d'administration doit s'assurer que des mécanismes sont en place dans l'établissement afin qu'effectivement ces rapports soient réalisés et déposés au conseil d'administration.

"Évidemment, la compréhension des trois rapports doit se lire en relation avec l'article précédent; en effet, il y aurait lieu que ces rapports permettent de comprendre clairement si les services fournis aux bénéficiaires correspondent à la mission de l'établissement et au plan annuel d'activités.

"Même s'il semble clair que les membres du conseil peuvent demander tout rapport sur tous les centres d'activités de l'établissement, même si le MAS exige certains types de rapports, même si les corporations professionnelles peuvent demander d'autres rapports, il est souhaitable que les rapports visés par cet article soient surtout en relation avec la mission et les objectifs annuels déjà approuvés par le conseil d'administration." (Service de perfectionnement, C.R.S.S.S.M.M., novembre 1984).

En ce qui concerne la qualité des services fournis aux bénéficiaires, plusieurs indicateurs peuvent être utilisés selon le type d'établissement. Pour ne citer que quelques exemples, il y a les plaintes de bénéficiaires, certains commentaires ou recommandations du comité de bénéficiaires, les recommandations des structures d'évaluation professionnelle en établissement (conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, service médical,...), les recommandations du ministre ou des corporations professionnelles suite à leurs visites, de même que le suivi donné à ces recommandations, les chutes, les infections contractées en établissement, les erreurs en rapport avec les médicaments, etc...

4° Le conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur la répartition et le contrôle du budget.

"Quant aux règlements sur la répartition, il s'agirait de prévoir le moment et les modalités où le budget sera approuvé par le conseil d'administration de même que la forme de présentation afin de rendre plus évidente la relation entre la mission et les objectifs annuels et la répartition du budget. De plus, le conseil d'administration devra tenir compte du règlement sur la gestion financière (décret 1427-84); évidemment, le rôle du conseil d'administration et les mécanismes qu'il mettra en place devront tenir compte du contexte, notamment des délais au niveau de l'acceptation du budget par le M.A.S.

"Quant au règlement sur le contrôle, il s'agit de fixer la fréquence et le mode de présentation des rapports financiers au conseil d'administration dans l'optique où celui-ci vérifie si les dépenses financières correspondent bien à la mission et aux objectifs annuels déjà approuvés par le conseil d'administration.

"L'application d'une telle conception du "contrôle budgétaire" est exigeante parce que d'une part, elle suppose des rapports spécifiques (par programme, par clientèle, etc.), et que d'autre part, elle ne fait pas disparaître d'autres formes de rapports budgétaires, tel que demandé par le M.A.S. via son décret sur la politique financière des établissements." (Service de perfectionnement, C.R.S.S.S.M.M., novembre 1984).

5° Le conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur les formalités concernant toute demande ou projet soumis au ministre ou au conseil régional.

"L'application de ce règlement repose sur deux types d'intervention. D'une part, au niveau de l'importance de la demande ou du projet. En effet, s'il y a une relation avec la mission et les objectifs annuels (et les conséquences budgétaires que cela entraîne), le conseil d'administration doit préciser quand et comment il veut être informé et approuver une telle demande ou projet.

"D'autre part, au niveau de la mécanique de présentation d'un tel projet, le conseil d'administration peut définir dans un règlement les niveaux d'autorisation de demandes ou projets.

"Exemples: Un projet en lien avec la mission de l'établissement ou déposé au ministre: le conseil d'administration en décide;

Un projet inférieur à x montant d'argent: le directeur général décide, le conseil d'administration est informé;

Un projet "d'urgence" majeure: le comité administratif décide.

"Un tel règlement doit aussi tenir compte des procédures actuelles pour de tels dossiers (cf. modèles de présentation de projets au conseil régional) et prévoir des paliers de consultation, s'il y a lieu (C.C.P.C., C.M.D., Comité de bénéficiaires, etc.)." (Service de perfectionnement C.R.S.S.S.M.M., novembre 1984).

A titre de référence, on peut consulter le Guide visant à assister le conseil d'administration des établissements membres de l'AHQ dans l'actualisation d'une obligation découlant de l'article 6 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, à savoir, adopter un règlement sur les formalités concernant toute demande ou projet soumis au ministre ou au conseil régional, publié par l'Association des hôpitaux du Québec, en février 1985.

6° Le conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur la conclusion de contrats de services professionnels au sens de l'article 124 de la loi.

Ce règlement doit couvrir la vente et l'achat de services professionnels. Le règlement doit prévoir les mécanismes de conclusion de tels contrats, les instances responsables au sein de l'établissement, leur mandat à cet égard.

8° Le conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur la révision annuelle de la répartition des lits.

L'adoption d'un tel règlement doit être faite par tous les établissements ayant des lits.

A titre de référence, on peut consulter le Guide visant à assister le conseil d'administration des établissements membres de l'AHQ dans l'actualisation d'une obligation découlant de l'article 6 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, à savoir, adopter un règlement sur la révision annuelle de la répartition des lits de l'établissement en fonction des besoins des bénéficiaires, de l'intensité des soins ou de la gravité des maladies, des ressources de l'établissement, du permis et des besoins de l'enseignement, publié par l'Association des hôpitaux en février 1985.

9° Le conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur l'organisation de l'enseignement et de la recherche.

L'adoption d'un tel règlement doit être faite par tous les établissements ayant conclu un contrat d'affiliation avec une institution d'enseignement, tel que prévu à l'article 125 de la loi, qu'il s'agisse d'une université, d'un collège.

L'article 125 prévoit que chaque contrat d'affiliation doit déterminer la personne qui est responsable de l'enseignement dispensé dans l'établissement.

Lorsqu'un établissement a conclu plusieurs contrats d'affiliation, le règlement devrait prévoir la désignation d'une personne responsable de la coordination de l'enseignement dans l'établissement.

Le règlement peut également prévoir l'institution d'un comité de l'enseignement dans l'établissement.

10° Le conseil d'administration d'un centre hospitalier doit adopter un règlement portant sur la détermination des examens diagnostiques de routine.

La référence à la norme du Bureau de la Corporation professionnelle des médecins du Québec est nouvelle. Cette norme constitue à la fois un minimum et un maximum des examens qui peuvent être considérés de routine. Un conseil d'administration d'un centre hospitalier ne peut donc aller ni en deça ni au delà de cette norme. Les examens allant au delà de la norme doivent faire l'objet d'une prescription individuelle d'un médecin ou d'un dentiste.

11° Le conseil d'administration d'un centre hospitalier ou d'un centre d'accueil doit adopter un règlement portant sur la détermination des critères d'admission et de sortie et des politiques de transfert des bénéficiaires.

Ici, il faut se référer aux sections 1 à 4 du chapitre 3 du présent guide, où l'on traite de l'accès aux services en centre hospitalier et en centre d'accueil.

A titre de référence, on peut consulter le Guide visant à assister le conseil d'administration des établissements membres de l'AHQ dans l'actualisation d'une obligation découlant de l'article 6 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, à savoir, adopter un règlement sur la détermination des critères d'admission et de sortie et des politiques de transfert des bénéficiaires à soumettre à l'approbation du conseil régional désigné en vertu de l'article 24, publié par l'Association des hôpitaux du Québec en février 1985.

12° Le conseil d'administration d'un établissement dispensant un programme d'activités de jour doit adopter un règlement portant sur la détermination des critères d'inscription des bénéficiaires à ce programme.

Le règlement concerne les programmes mentionnés aux articles 2 et 3 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, et dont nous avons traité au chapitre 1 du présent guide.

La détermination des critères d'inscription doit se faire par un règlement du conseil d'administration de l'établissement, qui a discrétion pour déterminer ses critères, en fonction des programmes offerts.

13° Le conseil d'administration d'un centre d'accueil doit adopter un règlement portant sur la détermination de ses critères d'inscription.

Cette obligation vise un centre d'accueil qui inscrit des bénéficiaires (à l'exclusion de l'inscription à un programme d'activité de jour, déjà visée au paragraphe 12° de l'article 6). L'inscription de bénéficiaires est définie à l'article 21 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements.

14° Le conseil d'administration d'un centre de services sociaux ou d'un centre local de services communautaires doit adopter un règlement portant sur la détermination des critères d'accès aux services par des groupes de personnes.

L'accès aux services pour des groupes de personnes, plutôt que pour un bénéficiaire, est prévu à l'article 45 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements.

Le règlement doit déterminer à l'égard de quel genre de clientèle et de quel genre de services on peut avoir recours à l'inscription d'un groupe, plutôt qu'à l'inscription de chacun des membres du groupe.

15° Le conseil d'administration d'un centre de services sociaux doit adopter un règlement portant sur la détermination des critères de prise en charge des bénéficiaires par les familles d'accueil et la détermination des politiques de transfert de ces bénéficiaires.

L'adoption de ces critères est faite en référence avec l'application de la section IV du Chapitre IV du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements.

16° Le conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur les conditions d'admission de personnes atteintes de maladies contagieuses ou infectieuses.

L'adoption de ce règlement vise les établissements hébergeant des bénéficiaires atteints de ces maladies. Les mesures prévues au règlement doivent assurer la protection des autres bénéficiaires contre la contagion. Les départements de santé communautaire peuvent être consultés sur le contenu de ces règlements.

17° Le conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur les visites aux bénéficiares.

Cet élément se retrouve à l'article 6 afin de s'assurer que le conseil d'administration s'intéresse à un point essentiel pour la qualité de vie des bénéficiaires.

18° Le conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur les modalités applicables dans les cas de contention et d'isolement.

Le terme "isolement" employé au paragraphe 18° vise à la fois l'isolement d'un bénéficiaire atteint d'une maladie contagieuse ou infectieuse, et l'isolement d'un bénéficiaire présentant des problèmes de comportement.

La contention et l'isolement doivent être faits dans le but d'aider un bénéficiaire et non pas comme un substitut à d'autres méthodes d'aide.

Le règlement devrait prévoir les mécanismes à mettre en place dans l'établissement afin d'assurer le contrôle de l'utilisation de la contention et de l'isolement: personne autorisant l'application d'une telle mesure, personne devant en être informée, mention au dossier du bénéficiaire, révision de l'application de cette mesure.

La Corporation professionnelle des médecins du Québec a préparé un guide sur le sujet et il est actuellement en expérimentation dans quelques établissements. Selon les résultats de cette expérimentation, le document devrait être publié prochainement par la corporation.

19° Le conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur les modes d'administration de l'allocation d'un bénéficiaire.

Un tel règlement devra prévoir que les allocations des bénéficiaires, dans les cas où elles sont administrées par l'établissement, sont versées dans des comptes individuels, au nom de chacun des bénéficiaires concernés.

Le ministère des Affaires sociales prépare une circulaire portant sur le financement des biens et des services fournis aux personnes hébergées et sur la gestion de leurs avoirs.

20° Le conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur l'attribution de congés temporaires aux bénéficiaires.

L'adoption de ce règlement vise les établissements qui accordent, dans le cadre d'un traitement médical, des congés temporaires aux bénéficiaires.

Le règlement doit s'assurer que le bénéficiaire a obtenu son congé temporaire du médecin traitant. Le bénéficiaire qui s'absente doit également avoir les informations appropriées sur son état: médicaments à prendre, etc.

Ce règlement vise également les cas où un établissement permet à un bénéficiaire admis de s'absenter de l'établissement pour une durée prolongée: par exemple, fin de semaine au domicile ou dans la famille, etc.

Le règlement doit s'assurer que le bénéficiaire a obtenu une autorisation de sortie du professionnel qui en est responsable et du médecin traitant, s'il y reçoit des soins médicaux. Le bénéficiaire qui s'absente doit également avoir les informations appropriées sur son état: médicaments à prendre, etc.

21° Le conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention.

L'adoption de ce règlement se fait en application des articles 35, 42, 48 et 49 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. Le plan d'intervention est abordé à la section 2 du chapitre 4 du présent guide.

22° Le conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur le délai accordé au médecin, au dentiste (au pharmacien), ou aux membres du personnel clinique, pour compléter le dossier d'un bénéficiaire après les derniers services fournis.

La Corporation professionnelle des médecins du Québec a publié en septembre 1984, à l'intention des centres hospitaliers de soins de courte durée, un Guide concernant le délai accordé à un médecin pour compléter le dossier d'un bénéficiaire.

23° Le conseil d'administration d'un établissement doit adopter un règlement portant sur la procédure applicable lors d'une sortie non autorisée d'un bénéficiaire.

L'établissement doit s'assurer que le départ d'un bénéficiaire n'ayant pas obtenu son congé soit consigné à son dossier.

Le règlement n'a pas à prévoir de cas déjà régis par une loi particulière: soit la Loi sur la protection de la jeunesse, la Loi sur les jeunes contrevenants et la Loi sur la protection du malade mental.

24° Le conseil d'administration doit adopter un règlement portant sur la procédure de destruction des dossiers des bénéficiares.

Il est important à cet égard de se référer à la Loi sur les archives et aux règlements à venir en vertu de cette loi.

L'adoption des divers règlements mentionnés à l'article 6 doit, lorsque les règlements ont une incidence sur les responsabilités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou du conseil consultatif du personnel clinique, avoir fait l'objet d'une consultation auprès de ces derniers.

L'ARTICLE 7

L'adoption d'un règlement portant sur l'organisation de services de pastorale doit répondre aux demandes des bénéficiaires hébergés afin que ceux-ci obtiennent les services religieux qu'ils désirent.

L'ARTICLE 8

Les documents auxquels l'article 8 fait référence se retrouvent à l'annexe III du présent guide.

SECTION 3

L'HYGIÈNE ET LA SÉCURITÉ

Une copie des articles pertinents du règlement visé au premier alinéa de l'article 11 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements est annexée au présent guide (annexe IV). Ceux visés au deuxième alinéa de cet article concernent les centres hospitaliers où se retrouvent des services de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biochimie ou de laboratoires de recherche. Des documents d'information concernant ces règlements sont fournis aux centres hospitaliers concernés par la Commission de contrôle de l'énergie atomique.

Une copie des normes visées à l'article 12 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements peut être obtenue du Bureau de normalisation du Québec, 50, rue St-Joseph, Québec, G1R 3A5, téléphone 643-5114.

SECTION 4

LES ASSURANCES

Tout établissement doit détenir une police d'assurance-responsabilité civile à l'égard des actes dont il peut être appelé à répondre. Il est important que la limite prévue au contrat d'assurance soit adéquate et tienne compte des montants récemment accordés par les tribunaux en matière de dommages corporels, lesquels peuvent excéder 2 000 000,00 $ pour une seule personne.

SECTION 5

LES CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'article 15 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements prévoit l'obligation de dénoncer tout conflit d'intérêts pour les personnes exerçant une occupation dans un établissement public ou un conseil régional et jouant un rôle dans l'attribution de contrats de services, de travail ou d'approvisionnement.

Ce nouvel article de règlement vise:

- une personne qui exerce une occupation dans un établissement public ou un conseil régional, et

- qui joue un rôle dans l'attribution de contrats de services, de travail ou d'approvisionnement.

Le fait d'exercer une occupation ne se limite pas à un lien d'emploi. Les médecins qui exercent en établissement y exercent également une occupation.

L'application de l'article vise l'attribution de contrats de services, de travail ou d'approvisionnement. Le champ d'application de l'article est donc limité à l'octroi de ces contrats. Il faut éviter une confusion parfois établie à l'égard des conflits d'intérêts. Il n'existe pas de conflit d'intérêts, en soi, dans le fait d'être un employé syndiqué et un membre d'un conseil d'administration. Dans le cas des établissements du réseau des affaires sociales, la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit expressément la désignation d'employés comme membres des conseils d'administration.

L'article 15 prévoit une obligation de dénoncer le conflit d'intérêts au conseil d'administration. Il ne s'agit donc pas d'une interdiction absolue d'être en conflit d'intérêts, mais plutôt d'une obligation de dénoncer l'existence d'un tel conflit au conseil d'administration. Le conseil d'administration a discrétion pour décider des mesures à adopter.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoyait déjà l'interdiction d'être en conflit d'intérêts, mais à l'égard des membres des conseils d'administration des établissements publics et des conseils régionaux.

Le but recherché par le législateur en statuant sur les conflits d'intérêts à l'égard des membres de conseils d'administration est d'assurer aux établissements une administration dépourvue de toute partialité. A cette fin, il lui importe de faire en sorte que l'administrateur soit empêché "d'être placé dans une situation où il doit choisir entre son intérêt et celui de la corporation dont il est administrateur". Il n'est pas tenu compte du degré d'importance de l'intérêt.

Les articles 31 et 95 de la loi se réfèrent à un intérêt direct ou indirect. L'intérêt indirect vise une situation créée en fonction de l'identité de la personne ou d'un groupe de personnes ayant des liens familiaux ou d'affaires avec un membre d'un conseil d'administration. Ainsi, il y a conflit d'intérêts indirect lorsque la corporation contracte avec une firme professionnelle, commerciale ou industrielle dans laquelle un administrateur détient un intérêt. Toutefois il s'agit ici d'une question de fait où chaque cas doit être étudié à son mérite. Par exemple, il suffit d'établir qu'un administrateur détient des actions dans une compagnie pour prouver qu'il y a conflit d'intérêts indirect. Par contre on décèlera avec plus d'évidence un conflit d'intérêts lorsque le co-contractant est le conjoint ou la conjointe d'un membre du conseil d'administration.

Les articles 31 et 95 précités précisent "sous peine de déchéance de sa charge". On se souviendra que cette déchéance n'est pas automatique. L'administrateur placé en conflit d'intérêts devra lui-même démissionner ou on devra demander au tribunal de prononcer la déchéance de sa charge. On sera alors dans l'obligation de faire la preuve du conflit d'intérêts et c'est le tribunal qui décidera. La Cour supérieure a établi dans une cause récente qu'il n'appartient pas à un conseil d'administration de décider à partir d'un règlement de l'établissement en quelles circonstances il existe un conflit d'intérêts.

SECTION 6

LE COMITÉ CONSULTATIF A LA DIRECTION GÉNÉRALE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS

Il s'agit d'un nouveau comité dont la création résulte d'un pouvoir réglementaire ajouté par le projet de loi 27 de 1981.

Le comité a la particularité de regrouper dans sa composition des administrateurs et des médecins. Le but du comité, en assurant un tel regroupement, est d'impliquer davantage les médecins dans l'administration du centre hospitalier.

Le comité est formé par le conseil d'administration, qui décide combien de cadres supérieurs en font partie et lesquels, ainsi que combien de chefs de départements cliniques et lesquels. Le comité comprend également le président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le chef du département de santé communautaire et la personne responsable de l'enseignement et de la recherche.

Le comité comprend obligatoirement le chef du département de santé communautaire dans le cas d'un centre hospitalier où il existe un tel département. Dans le cas des autres centres hospitaliers, le chef du département de santé communautaire du territoire n'est pas membre d'office du comité. Il peut cependant être invité à des réunions, un comité ayant la discrétion d'inviter des personnes ressources.

La personne responsable de la coordination de l'enseignement dans le centre hospitalier est celle désignée selon la structure interne du centre hospitalier.

Le comité est présidé par le directeur général.

Le comité a un rôle consultatif et il doit émettre au directeur général des recommandations sur les sujets énumérés à l'article 17 du règlement. Il est à remarquer que lorsque le comité discute de l'élaboration du plan d'organisation du centre hospitalier, il doit s'adjoindre un membre supplémentaire qui est désigné par le conseil consultatif du personnel clinique.

Le conseil d'administration peut en tout temps demander au comité de lui transmettre ses recommandations.

SECTION 7

LES NOUVEAUX SERVICES NÉCESSITANT L'AUTORISATION ÉCRITE DU MINISTRE

Un centre hospitalier ne peut offrir de nouveaux services dans certains secteurs d'activités sans l'autorisation écrite du ministre.

Les secteurs retenus sont en général ceux dont les bases de planification et d'organisation dépassent le cadre régional. En outre, ce sont des services ultra spécialisés qui, pour la plupart:

- font appel à des ressources médicales identifiées comme des sous-spécialités;
- nécessitent des équipes de professionnels de différentes spécialités;
- exigent une quantité importante de services de support;
- font un usage intensif de technologies sophistiquées;
- exigent des équipements très coûteux;
- ont des coûts unitaires élevés.

Enfin, plusieurs de ces services nécessitent un certain débit pour qu'un établissement offre un service de qualité et maintienne un haut niveau d'expertise.

CHAPITRE 3

L'ACCÈS AUX SERVICES DISPENSÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS ET LES FAMILLES D'ACCUEIL

SECTION 1

L'ENREGISTREMENT, L'INSCRIPTION, L'ADMISSION, LE CONGÉ

1. L'enregistrement

- Dans un centre hospitalier ou dans un centre local de services communautaires:

  L'enregistrement existe dans ces deux catégories d'établissements à l'égard des services externes fournis pour des fins de diagnostic, à la suite d'une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste.

- Dans un centre de services sociaux:

  L'enregistrement existe également dans un centre de services sociaux pour des services fournis à la suite d'un signalement au sens de la Loi sur la protection de la jeunesse et qu'il n'y a pas d'inscription à la suite du signalement.

2. L'inscription

L'inscription existe dans toutes les catégories d'établissements. Ce sont les établissements qui déterminent leurs critères d'inscription de bénéficiaires.

L'inscription vise des services qui ne nécessitent pas d'hospitalisation ou d'hébergement. Le bénéficiaire inscrit n'occupe pas un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement.

L'inscription correspond à des situations diverses, selon la catégorie d'établissements:

- l'inscription des bénéficiaires à un programme d'activités de jour en soins de longue durée ou en hébergement;

- l'inscription à la clinique externe d'un centre hospitalier;

- l'inscription dans un centre de réadaptation pour des fins d'évaluation ou à un programme en externe.

- l'inscription est à peu près la règle dans un centre de services sociaux, sauf l'enregistrement mentionné plus haut;

- l'inscription est également la procédure la plus fréquemment appliquée dans un centre local de services communautaires;

- l'inscription des bénéficiaires lorsqu'un établissement leur fournit des médicaments.

A l'égard de l'inscription en soins de courte durée dans un centre hospitalier, l'article 25 du règlement précise qu'elle doit être faite à la demande d'un médecin ou d'un dentiste, membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et agissant dans les limites de ses privilèges.

Dans un centre local de services communautaires, l'inscription s'applique aux bénéficiaires recevant des services à domicile.

3. L'admission

L'admission existe dans un centre hospitalier, un centre d'accueil et un centre local de services communautaires. Cette procédure vise une hospitalisation ou un hébergement, lorsque le bénéficiaire occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis.

L'admission en soins de courte durée dans un centre hospitalier doit être faite à la suite d'une demande écrite d'un médecin ou d'un dentiste, membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et agissant dans les limites de ses privilèges. Cette demande doit être accompagnée d'un diagnostic provisoire.

L'admission en soins de longue durée et en hébergement est traitée plus loin dans le présent guide.

4. Le congé

Les articles 38 et 44 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements exigent que, dans les centres d'hébergement et de réadaptation, le congé soit signé par le médecin traitant si le bénéficiaire reçoit des soins médicaux.

Le médecin traitant (omnipraticien ou spécialiste) est le médecin au nom de qui le bénéficiaire est admis ou celui à qui on demande de prendre en charge un bénéficiaire sur le plan médical. Il demeure le médecin traitant et assume la responsabilité médicale du bénéficiaire tant qu'il n'a pas signifié la fin du traitement médical, ce qui constitue le congé au point de vue médical. Ce congé devrait être signé par le médecin avant d'être signé par le directeur général.

Quel que soit le type d'établissement, un médecin consultant est un médecin qui examine un bénéficiaire à la demande d'un médecin ou d'un dentiste et non à la demande d'un autre professionnel.

SECTION 2

L'ADMISSION EN SOINS DE LONGUE DURÉE ET EN HÉBERGEMENT

Une des différences fondamentales entre le règlement actuel et l'ancien règlement, c'est que l'admission et le transfert des bénéficiaires se font dorénavant selon une même procédure pour les établissements qui offrent des soins de longue durée (centres hospitaliers de soins de longue durée et unités de soins de longue durée dans les centres hospitaliers de soins de courte durée), ainsi que pour ceux qui offrent des services d'hébergement (centres d'hébergement, seuls ou joints à un établissement à catégories multiples.

Bien que l'organisation du réseau institutionnel soit fondée sur une distinction de la vocation des centres hospitaliers de soins de longue durée et des centres d'accueil d'hébergement, l'évaluation des bénéficiaires (1) démontre qu'il existe des ressemblances étroites entre une partie significative (25%) de chacune des clientèles actuellement hébergées dans ces types d'établissements. Il importe donc qu'ils se concertent pour l'admission des bénéficiaires afin de s'assurer que la réponse à leurs besoins soit adéquate, en tenant compte des ressources disponibles dans les établissements et dans la communauté.

Bien que les centres d'accueil autofinancés ne soient pas régis par cette partie du règlement, il peut arriver qu'ils acceptent volontairement de se concerter avec les établissements du réseau public et les établissements privés conventionnés pour l'orientation et l'admission des bénéficiaires dans leurs établissements.

Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux se voient confier la responsabilité d'élaborer, de mettre en place et de coordonner le fonctionnement du système d'admission et de transfert des personnes en perte d'autonomie dans les établissements. Il est suggéré de désigner une personne responsable du système d'admission ou un coordonnateur régional et des responsables sous-régionaux, selon que le conseil régional a décidé de diviser la région en sous-régions.

Il est également suggéré que, lors de l'élaboration du système, on prévoie un mécanisme d'appel pour le bénéficiaire qui voudrait faire reconsidérer la décision rendue par le comité d'admission.

Lors de l'élaboration du mécanisme régional d'admission, les conseils régionaux sont tenus de consulter les établissements et les intervenants qui ont une responsabilité dans l'évaluation, l'orientation et l'admission des bénéficiaires.

---

(1) SICOTTE, Claude, "Évaluation des bénéficiaires en CAH et CHSP", Direction des politiques de santé et de l'évaluation des programmes, M.A.S., 1982.

L'admission et le transfert des bénéficiaires doivent être guidés par l'objectif suivant: admettre ou maintenir en établissement uniquement les personnes dont les besoins ne peuvent être satisfaits autrement, compte tenu de la non disponibilité d'autres ressources pour les prendre en charge.

L'admission et le transfert des bénéficiaires impliquent une complémentarité entre tous les établissements afin qu'ensemble, dans un territoire donné, ils puissent répondre de façon optimale à la gamme des besoins de la personne tant en nature qu'en intensité. La complémentarité et la continuité des services doivent s'effectuer non seulement entre les ressources institutionnelles mais aussi avec les ressources légères d'hébergement, les services de maintien à domicile et les ressources communautaires du milieu.

Le conseil régional doit convenir, avec les établissements et les ressources concernés, des mécanismes à mettre en place afin de favoriser l'orientation des bénéficiaires vers les ressources légères d'hébergement, incluant les familles d'accueil. On peut supposer que certaines régions à forte densité de population devront prévoir des mécanismes spécifiques à cette fin, alors que d'autres régions préféreront véhiculer vers le même système d'admission les demandes d'orientation en ressources légères et celles en ressources institutionnelles.

Le système d'admission implique une approche multidisciplinaire notamment par la participation de médecins, d'infirmières ou infirmiers et de praticiens en service social, afin que la personne requérant de l'aide puisse l'obtenir de façon optimale. A cet effet, la participation d'intervenants de la réadaptation est aussi encouragée dans le processus d'évaluation et d'orientation d'une personne.

Le conseil régional devant prévoir les modalités de l'évaluation, il aura à choisir un outil standard d'évaluation pour la région. Cet outil d'évaluation devra être utilisé par tous les intervenants pour le maintien à domicile, l'orientation vers une ressource légère ou l'admission dans une ressource institutionnelle.

De plus, compte tenu de la configuration géographique des régions, le conseil régional devra prévoir la formation d'un comité régional ou de comités sous-régionaux d'admission, en regroupant par exemple des territoires de centres locaux de services communautaires, ou en adoptant le territoire d'un département de santé communautaire.

Les comités d'admission d'un territoire donné reçoivent, après que l'évaluation de la personne a été faite, les demandes d'admission ou de transfert et juge de l'admissibilité de la personne dans une ressource institutionnelle. Lorsqu'un comité le juge à propos, il peut acheminer la demande au centre de services sociaux pour un placement en famille d'accueil ou à un centre local de services communautaires pour des services et des soins à domicile. Le comité d'admission doit être informé du suivi donné à une telle référence et entreprendre les actions appropriées advenant un refus de la part des établissements concernés. L'action du comité d'admission doit favoriser l'intervention complémentaire de tous les établissements du réseau.

Bien que la demande d'admission dans un établissement doive être acheminée au centre local de services communautaires dans le territoire duquel le bénéficiaire réside, ou au centre de services sociaux en l'absence de centre local de services communautaires, ceci n'implique pas que l'évaluation soit toujours effectuée par un intervenant d'un de ces établissements. Un intervenant d'un établissement autre que le centre local de services communautaires ou le centre de services sociaux peut avoir à évaluer un bénéficiaire. Dans tous les cas, on doit s'assurer, avant de procéder à l'évaluation d'un bénéficiaire, qu'une évaluation n'a pas récemment été faite pour le même bénéficiaire. Cette façon de procéder favorise l'évaluation unique ou la mise à jour de l'évaluation initiale. Il est souhaitable que l'évaluation médicale ainsi que l'évaluation de l'autonomie d'un bénéficiaire soient effectuées par les intervenants qui ont la meilleure connaissance du bénéficiaire pour qui une demande d'admission a été faite.

Les comités d'admission doivent tenir compte, dans toute la mesure du possible, des préférences exprimées par le bénéficiaire et de la proximité de ses relations familiales et sociales avant de l'orienter vers un établissement.

Afin de favoriser l'utilisation optimale des lits, les établissements doivent informer dès que possible la personne responsable du système d'admission de la disponibilité d'un lit. Les établissements doivent admettre les bénéficiaires désignés par le comité d'admission.

Le système d'admission doit prévoir les procédures pour admettre une personne nécessitant d'urgence des soins de longue durée ou des services d'hébergement.

SECTION 3

L'ADMISSION DANS UN CENTRE DE RÉADAPTATION

L'admission dans un centre de réadaptation a été laissée à la responsabilité des établissements concernés pour les clientèles suivantes: les personnes handicapées physiques, les personnes toxicomanes et les mères en difficulté d'adaptation.

Une procédure régionale est prévue au règlement pour les centres de réadaptation recevant des personnes handicapées mentales et des personnes mésadaptées socio affectives. Un comité d'admission est formé par le conseil régional. Ce comité doit être composé de représentants du centre de services sociaux et des centres de réadaptation de la région.

L'admission des personnes à l'égard desquelles une décision ou une ordonnance a été rendue en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse ou de la Loi sur les jeunes contrevenants est traitée dans la section qui suit.

SECTION 4

L'ADMISSION DANS UN CENTRE DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES MÉSADAPTÉES SOCIO AFFECTIVES

1. Le comité régional d'admission et la Loi sur la protection de la jeunesse

Le rôle du comité d'admission doit être considéré selon la nature des mesures: mesure d'urgence, volontaire ou ordonnée.

- La mesure d'urgence

Le comité d'admission ne joue aucun rôle dans l'application d'une mesure d'urgence. La mesure doit être prise immédiatement et sans délai et l'établissement est tenu de recevoir l'enfant qui lui est confié par le directeur de la protection de la jeunesse.

- La mesure volontaire

Le comité d'admission peut agir et suivre la procédure prévue au paragraphe 2° de l'article 40 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements.

- La mesure ordonnée

La Loi sur la protection de la jeunesse prévoit que:

- le directeur de la protection de la jeunesse a la responsabilité de l'exécution de l'ordonnance;
- le directeur a le pouvoir de désigner le centre d'accueil où peut être reçu l'enfant;
- le centre d'accueil désigné par le directeur est tenu de recevoir l'enfant.

2. Le comité d'admission et la Loi sur les jeunes contrevenants

Le rôle du comité d'admission doit être considéré selon la nature des mesures: détention provisoire ou décision du Tribunal de la jeunesse.

- La détention provisoire

A l'instar de la mesure d'urgence en matière de protection de la jeunesse, cette mesure de détention provisoire doit s'appliquer immédiatement. Donc le comité d'admission n'intervient pas en cette matière. Le directeur provincial autorise la détention dans le lieu qu'il désigne.

- Les décisions du Tribunal

Le directeur provincial peut déterminer le lieu de l'hébergement dans la limite fixée par l'ordonnance: milieu ouvert ou milieu fermé. L'emploi du terme "peut" donne au directeur un pouvoir mais ne lui crée pas une obligation. Dans ce contexte, l'utilisation du comité d'admission est possible et souhaitable.

La décision du comité d'admission doit être prise en respectant la désignation des établissements habilités à offrir des services de garde en milieu ouvert ou en milieu fermé. L'ordonnance du tribunal mentionne le type de garde imposé à l'adolescent: en milieu ouvert ou en milieu fermé.

Le rôle du comité d'admission est soumis à l'impératif du paragraphe 2 de l'article 20 de la Loi sur les jeunes contrevenants, à l'effet que l'admission de l'adolescent doit se faire à la date fixée par l'ordonnance. S'il y a conflit, le directeur provincial exerce le pouvoir mentionné au même paragraphe et il assure l'exécution de l'ordonnance.

SECTION 5

L'ACCÈS AUX SERVICES DISPENSÉS PAR LES FAMILLES D'ACCUEIL

Pour l'admission d'une personne dans une famille d'accueil régulière ou spéciale, le centre de services sociaux est responsable de l'évaluation des besoins de la personne. Cette dernière peut être envoyée au centre de services sociaux par un centre local de services communautaires, si elle demeure à domicile, ou par un autre établissement du réseau. C'est le comité de placement formé par le centre de services sociaux qui décide de la prise en charge d'une personne par une famille d'accueil régulière ou spéciale. Dans le cas d'un placement en famille d'accueil spéciale, il serait souhaitable pour le comité d'admission de prendre connaissance de l'avis de la famille d'accueil ou du centre d'accueil qui a envoyé le bénéficiaire. Le centre de services sociaux est alors le seul responsable du plan d'intervention établi pour chacun des bénéficiaires, suite à une évaluation de son état et de ses besoins.

Dans le cas d'une personne ayant besoin de services de réadaptation, il revient à l'établissement offrant les services de réadaptation d'établir un plan d'intervention à son endroit. Cet établissement et le centre de services sociaux doivent participer conjointement au choix et à l'encadrement de la famille d'accueil.

Provisoirement, le document de consultation intitulé "La catégorisation des familles d'accueil" (1) et qui est l'objet d'une consultation auprès des organismes et associations concernés sert de guide d'orientation pour la mise en place et le fonctionnement des catégories de familles d'accueil.

(1) La catégorisation des familles d'accueil: principes directeurs et modalités organisationnelles et financières. Direction générale des programmes de services sociaux. M.A.S. 1984-10-22.

CHAPITRE 4

LES DOSSIERS DES BÉNÉFICIAIRES

SECTION 1

LA CONSTITUTION DU DOSSIER

1. Généralités

Un établissement doit tenir un dossier sur chacun des bénéficiaires qui en obtient des services, sauf pour les exceptions prévues au règlement (groupes, enregistrement, santé scolaire, travailleurs).

Il s'agit donc d'un dossier individuel pour chaque bénéficiaire, et d'un dossier unique pour tous les services fournis par un établissement.

En vue d'assurer la coordination des services fournis à un bénéficiaire, l'ensemble des éléments composant son dossier doit être regroupé, ou susceptible de l'être facilement à l'aide d'un système de références. Il est essentiel que les établissements adoptent une procédure adéquate à cet égard, lorsqu'ils permettent que des parties de dossiers soient gardées séparément, par exemple pour la pharmacie, la psychiatrie ou les services sociaux. En plus d'être facilement repérables, les parties du dossier gardées séparément doivent être facilement accessibles pour les besoins du bénéficiaire. Dans l'hypothèse où ces dossiers sont gardés dans des locaux fermés à clef, il est essentiel que la personne responsable des dossiers à l'établissement y ait accès.

Les établissements doivent tenir compte des différentes lois pouvant s'appliquer à leurs dossiers:

- la Loi sur la protection de la jeunesse et la Loi sur les jeunes contrevenants, pour les personnes mésadaptées socio affectives;
- le Code civil du Québec pour les dossiers d'adoption.

2. Le dossier concernant les services sociaux dans un centre hospitalier

Le dossier concernant les services sociaux reçus par un bénéficiaire d'un centre hospitalier fait partie du dossier du bénéficiaire du centre hospitalier. Il peut arriver que cette partie du dossier soit séparée du reste pour des raisons pratiques, tout en continuant de faire partie du dossier unique du bénéficiaire. Mais il doit exister une référence à cette partie au dossier du bénéficiaire et la partie séparée demeure régie par les mêmes règles que l'ensemble du dossier.

Le centre de services sociaux de qui relèvent les praticiens en service social a droit d'avoir accès à cette partie sociale du dossier ou d'en obtenir une copie, en tant que responsable des services sociaux fournis par son personnel.

Les praticiens en service social ont un droit d'accès au dossier du bénéficiaire à l'égard des services sociaux fournis. Ils ne peuvent cependant apporter des copies de la partie non sociale du dossier au centre de services sociaux. Le droit de regard du centre de services sociaux n'existe qu'à l'égard de la partie sociale du dossier et non à l'égard du reste.

SECTION 2

LE CONTENU DU DOSSIER

1. Le consentement aux soins et aux traitements

Le consentement aux soins et aux traitements doit être obtenu d'un bénéficiaire en vertu du principe de l'inviolabilité de la personne humaine, consacré à l'article 19 du Code civil du Bas Canada, ainsi qu'à l'article 1 de la Charte des droits et libertés de la personne.

- La capacité à donner un consentement valide

a) Les majeurs

Le bénéficiaire doit être lucide pour pouvoir donner un consentement valide. S'il est jugé "non doué de discernement", on aura recours à la curatelle publique ou privée.

Quant aux personnes âgées, plus ou moins lucides, c'est la famille, le médecin et la direction des services professionnels de l'établissement qui prennent la décision de faire déclarer la personne incapable.

b) Les mineurs

Pour ceux qui sont âgés de moins de 14 ans, il revient au titulaire de l'autorité parentale de consentir aux soins ou aux traitements.

Pour ceux qui sont âgés de 14 ans ou plus, l'article 42 de la Loi sur la protection de la santé publique leur reconnait le droit de consentir aux soins ou aux traitements. Toutefois, le médecin ou l'établissement doit avertir le titulaire de l'autorité parentale en cas d'hébergement pendant plus de douzes heures ou de traitements prolongés.

- L'expression du consentement

Le consentement doit avoir été donné librement. Ainsi, même lorsqu'une personne a signé une formule de consentement, si l'on prouve qu'elle n'a pas exprimé librement sa volonté, soit par exemple parce qu'elle était en état de choc, les tribunaux pourront intervenir.

- Les conditions préalables au consentement

Le consentement n'est valide que s'il a été donné à partir de renseignements permettant d'exercer un choix éclairé. En d'autres mots, le bénéficiaire doit avoir obtenu tous les renseignements qu'une personne raisonnable voudrait obtenir dans les mêmes circonstances sur la nature, les effets possibles et les risques des soins et des traitements.

Le Code de déontologie de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, à l'article 2.03.29 exige que l'on informe le patient non seulement des conséquences probables mais aussi des conséquences possibles d'une intervention ou d'un traitement.

- Les cas exceptionnels

a) Les cas d'urgence

Ces cas sont ceux où le bénéficiaire est dans un état grave et dans l'impossibilité d'exprimer un consentement, alors que des services doivent lui être fournis de manière urgente. La Loi sur la protection de la santé publique, ainsi que la Charte des droits et libertés de la personne, obligent l'établissement à donner des services d'urgence, même s'il est impossible d'obtenir le consentement.

b) Les maladies à traitement obligatoire

Une personne atteinte d'une des maladies déterminées à la section III du Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique doit se rapporter à un médecin et se faire traiter. A défaut, une ordonnance de traitement peut être émise contre cette personne.

2. Le plan d'intervention

L'individualisation des interventions est la garantie d'une meilleure qualité de vie des bénéficiaires. La planification des interventions, individuelles ou de groupe, doit être le moyen à privilégier pour en favoriser l'atteinte. L'évaluation globale de la personne est la première étape de cette démarche d'où découle l'identification des besoins du bénéficiaire qui permet la détermination d'objectifs à poursuivre. Deux outils sont requis pour l'actualisation de cette démarche, soit le plan d'intervention et le plan de services. Ces plans s'élaborent avec le bénéficiaire ou son représentant par le ou les professionnels, l'établissement ou l'organisme concernés.

Le plan d'intervention est un outil de planification permettant l'organisation systématique des actions que compte entreprendre un intervenant en vue de seconder la personne en difficulté dans la solution de ses problèmes.

Le plan d'intervention précise, selon le champ de responsabilités, les objectifs à atteindre, la nature, la durée et l'intensité des interventions à faire, ainsi que les moyens à utiliser pour réaliser le plan. Chacun des intervenants demeure responsable, dans le cadre de son plan de travail, du choix de son mode d'intervention, de l'instrumentation et de la détermination des activités professionnelles.

Quant au plan de services, il est davantage un outil administratif de planification et de coordination des services à rendre à un bénéficiaire en vue de répondre à ses besoins.

Ainsi, le plan de services se décompose en autant de plans d'intervention qu'il y a d'intervenants, d'établissements ou d'organismes concernés. Le plan de services précise la responsabilité des intervenants impliqués, et prévoit également un échéancier de révision et d'évaluation. Il est important que soit désignée, parmi les personnes concernées, une personne responsable de la coordination du plan de services.

Les divers intervenants doivent procéder à une révision du plan d'intervention au moins à tous les 90 jours afin d'assurer un suivi constant de leurs interventions et les ajuster à l'évolution ou aux progrès réalisés par le bénéficiaire. Le plan de services doit par conséquent être adapté selon les modifications apportées à un plan d'intervention.

3. Les notes d'évolution du pharmacien

Les commentaires et suggestions du pharmacien susceptibles de modifier ou de compléter le traitement pharmacologique d'un bénéficiaire doivent être consignés au dossier même si, le plus souvent, cette communication de renseignements se fait d'abord verbalement au médecin ou au dentiste pour être ensuite résumée par écrit. La communication de renseignements entre le pharmacien et le médecin sera facilitée si les notes d'évolution sont inscrites sur l'ordonnance elle-même.

4. Le protocole d'exécution des ordonnances

Le plus souvent la mention au dossier concernant un médicament est constituée de la posologie indiquée par le médecin ou le dentiste et des résultats de l'interprétation de l'ordonnance par le pharmacien. Le message de l'étiquette qui accompagne le médicament découle du protocole d'exécution de l'ordonnance.

L'une des exigences des articles 53 et 55 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements vise l'inscription du protocole au dossier du bénéficiaire, c'est-à-dire des règles à observer pour exécuter une ordonnance. Ces règles comprennent le cas échéant des précisions sur le mode de préparation, les dilutions, les conditions et les horaires d'administration des médicaments, qui doivent tenir compte des propriétés physicochimiques et pharmacocinétiques de chaque produit. La communication de renseignements entre le pharmacien et le médecin sera facilitée si le protocole est inscrit sur l'ordonnance elle-même.

Les éléments mentionnés plus haut faciliteront l'évaluation de la qualité des actes professionnels par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

SECTION 3

L'ACCÈS AU DOSSIER D'UN BÉNÉFICIAIRE

La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels s'applique aux dossiers des bénéficiaires des établissements de santé et de services sociaux. Cependant, jusqu'au 1er octobre 1986, les lois sectorielles inconciliables avec cette loi continuent de s'appliquer et font l'objet d'une révision. Après cette date, les dispositions inconciliables seront confirmées, modifiées ou inopérantes. L'article 7 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui sera traité plus loin, fait partie de ces dispositions inconciliables.

1. La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels

Les renseignements nominatifs, c'est-à-dire ceux qui concernent une personne physique et qui permettent de l'identifier, sont confidentiels en vertu de cette loi. C'est le cas des renseignements contenus au dossier d'un bénéficiaire. Le transfert de tels renseignements entre organismes sera étroitement encadré et devra faire l'objet d'ententes connues du public.

Les établissements doivent se soumettre aux obligations suivantes:

- ne recueillir que les renseignements nominatifs nécessaires à l'exercice de leurs attributions;
- informer la personne concernée de la nature des renseignements requis, de l'usage de ces derniers et des personnes autorisées à les utiliser;
- verser ces renseignements dans un fichier de renseignements personnels. Ce fichier devra faire l'objet d'une déclaration auprès de la Commission d'accès à l'information.

La personne concernée par un renseignement nominatif a le droit sur demande écrite d'être informée de son existence, d'en recevoir communication et d'en demander la correction. Le délai de réponse à une demande d'accès est de vingt jours et l'accès à un renseignement nominatif est gratuit. En cas de refus, on prévoit un appel à la Commission.

Les motifs de refus sont les suivants:

- lorsque l'information révèle un renseignement dont l'accès fait l'objet d'une restriction (ex.: renseignements ayant des incidences sur la sécurité publique);
- lorsque la divulgation d'un renseignement révèle un renseignement nominatif concernant une autre personne physique.

2. L'article 7 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

Cet article stipule que les dossiers médicaux des bénéficiaires dans un établissement et les dossiers de ceux qui reçoivent des services sociaux sont confidentiels et que nul ne peut y avoir accès à moins d'avoir obtenu l'autorisation expresse ou implicite du bénéficiaire.

Les exceptions prévues à cet article sont les suivantes:

1) un ordre du tribunal;

2) les cas prévus par la loi ou les règlements, notamment l'exercice du mandat de certaines corporations professionnelles (médecins, dentistes, pharmaciens, infirmières et infirmiers, etc.), les agents de recouvrement de la Régie de l'assurance-maladie du Québec et la Commission de la santé et de la sécurité du travail;

3) l'autorisation du directeur des services professionnels, pour des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche.

Le bénéficiaire qui se voit refuser l'accès à son dossier peut, sur requête à un juge, en obtenir l'accès, à moins que le juge n'estime qu'un tel accès serait gravement préjudiciable à la santé du bénéficiaire. Le bénéficiaire peut aussi exiger que l'établissement fasse parvenir à un autre établissement, médecin ou dentiste, une copie de son dossier.

Le terme bénéficiaire peut désigner:

- les héritiers et représentants légaux du bénéficiaire;
- le mineur âgé de 14 ans ou plus;
- le titulaire de l'autorité parentale relativement au dossier d'un mineur;
- la personne ayant droit au paiement d'une prestation en vertu d'une police d'assurance sur la vie d'un bénéficiaire.

3. Les personnes ayant accès au dossier d'un bénéficiaire

1° Le médecin traitant et le médecin consultant d'un bénéficiaire, mais seulement durant la période où ils demeurent le médecin traitant ou le médecin consultant de ce bénéficiaire;

2° le pharmacien, lorsqu'il doit préparer une ordonnance, compléter un registre ou consigner une note au dossier;

3° les membres du personnel clinique, lorsqu'ils doivent inscrire une mention au dossier d'un bénéficiaire;

4° le directeur des services professionnels;

5° les comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;

6° le détenteur d'un mandat de perquisition (en général, un agent de police);

7° les corporations professionnelles dans l'exercice de leur mandat.

SECTION 4

LA CONSERVATION DES DOSSIERS DES BÉNÉFICIAIRES

La conservation des dossiers des bénéficiaires des établissements de santé et de services sociaux est régie par la Loi sur les archives.

Les objectifs à court et à moyen terme de cette loi touchant les établissements de santé et de services sociaux sont:

- d'établir un calendrier de conservation;
- de le soumettre à l'approbation du ministre des Affaires culturelles avant le 1er janvier 1986;
- d'adopter une politique de gestion des documents actifs et semi-actifs des établissements;

- d'établir la liste des documents inactifs détenus par les établissements au 31 mars 1983, en indiquant ceux qu'ils conserveront et ceux qu'ils élimineront;

- de soumettre cette liste à l'approbation du ministre des Affaires culturelles.

Les objectifs à long terme dans le domaine de la santé et des services sociaux sont:

- de conserver et de gérer les documents actifs, semi-actifs et inactifs conservés de manière permanente par les établissements;

- d'éliminer les documents inactifs;

- sur autorisation du ministre des Affaires culturelles, de conclure une entente avec un organisme public ou un service d'archives privées agréé pour y déposer les documents inactifs conservés de manière permanente.

Un établissement peut-il détruire ses documents inactifs non destinés à être conservés de façon permanente ?

L'article 13 de la Loi sur les archives stipule que sous réserve de ce que prévoit le calendrier de conservation, nul ne peut aliéner ou éliminer un document actif ou semi-actif d'un organisme public. L'article 18 prévoit qu'il est interdit d'éliminer des documents inactifs destinés à être conservés d'une manière permanente. Toutefois le conservateur des Archives nationales peut autoriser l'élimination de ces documents s'ils sont reproduits sur un autre support, s'ils sont irrémédiablement détériorés ou s'ils ne sont plus utiles.

L'article 7 prévoit que le calendrier de conservation indique les documents inactifs destinés à être conservés d'une manière permanente.

L'article 52 prévoit qu'un établissement de services de santé et de services sociaux qui détruit des documents inactifs au 31 mars 1983 doit soumettre à l'approbation du ministre, avant le 21 décembre 1986, la liste de ces documents en indiquant ceux qui seront conservés comme archives publiques et ceux qui seront éliminés. Une date postérieure peut être fixée par entente avec le ministre.

La procédure prévue à la Loi sur les archives est l'adoption par l'établissement d'un calendrier de conservation de ses documents, déterminant les périodes d'utilisation et les supports de conservation de ses documents actifs et semi-actifs et identifiant les documents inactifs qui sont conservés de manière permanente et ceux qui seront éliminés. Ce calendrier est soumis à l'approbation du ministre des Affaires culturelles.

Une disposition transitoire dans la Loi sur les archives prévoit le mode de destruction de documents durant la période où il n'y a pas de calendrier de conservation. En vertu de l'article 52 un établissement peut établir une liste de documents inactifs en y indiquant ceux qu'il désire détruire et ceux qu'il désire conserver. Cette liste est ensuite soumise à l'approbation du ministre des Affaires culturelles, aux soins de Robert Caron, conservateur des archives nationales du Québec, 1210 avenue du Séminaire, Cité universitaire, Archives nationales du Québec, G1V 4N1.

CHAPITRE 5

NOUVELLES ORIENTATIONS DANS L'ORGANISATION DES CENTRES HOSPITALIERS ET DES CENTRES D'HÉBERGEMENT

SECTION 1

L'ORGANISATION DES CENTRES HOSPITALIERS

1. Généralités

Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements comporte moins de dispositions concernant l'organisation des centres hospitaliers que le règlement qu'il remplace. Le silence du règlement n'implique pas la disparition des services ou des fonctions qui n'y sont pas mentionnées. On avait jugé bon, lors de l'élaboration du premier règlement, de décrire de façon détaillée l'organisation d'un centre hospitalier, parce que les centres hospitaliers avaient à préparer leur premier plan d'organisation. Les plans d'organisation datant maintenant de longtemps, il est devenu préférable de laisser plus de discrétion aux centres hospitaliers quant à leur contenu.

2. Les départements cliniques

Selon l'article 72, pour être chef d'un département clinique, il faut être un médecin titulaire d'un certificat de spécialiste de la Corporation professionnelle des médecins du Québec et être un membre actif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du centre hospitalier sous réserve des dispositions inconciliables de la section.

Les dispositions inconciliables auxquelles fait référence l'article 72 ont trait:

1) au chef du département de médecine générale qui doit être un médecin omnipraticien;

2) aux chefs des départements de biochimie et de microbiologie qui, s'ils ne sont pas des médecins spécialistes dans un des domaines de la biologie médicale, peuvent être des professionnels non médecins titulaires d'un certificat de spécialiste dans un des domaines de la biologie médicale délivré par la corporation professionnelle à laquelle ils appartiennent.

Si un département clinique est constitué dans une discipline pour laquelle la Corporation professionnelle des médecins du Québec n'émet pas de certificat de spécialiste, le chef d'un tel département, selon le règlement, doit être un médecin titulaire d'un certificat de spécialiste de la Corporation professionnelle des médecins du Québec. Cette disposition ne s'applique toutefois pas aux chefs de service.

Depuis l'adoption du projet de loi 27 en 1981, les centres hospitaliers peuvent confier à un chef de département clinique la gestion des ressources de son département. Le règlement sur l'organisation est venu pour sa part confier d'office une telle responsabilité au chef des départements cliniques de radiologie et de laboratoires de biologie médicale. Le règlement confie à ces deux chefs de département la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du département. Dans le cas des autres départements, où le plan d'organisation peut confier la gestion des ressources au chef de département, le plan doit préciser s'il s'agit de l'ensemble des ressources du département ou d'une partie d'entre elles.

A l'égard des ressources humaines, il faut noter que la gestion de ces ressources par un chef de département clinique ne peut aller à l'encontre des lois professionnelles, prévoyant le contrôle de l'acte professionnel par les pairs. Le chef du département clinique peut donc exercer son autorité sur l'aspect administratif du travail d'un professionnel, et non pas contrôler ses actes professionnels, qui continuent de relever de l'autorité compétente pour la profession concernée.

3. Le département de santé communautaire

Le département de santé communautaire n'est pas un département clinique. En conséquence, le chef de ce département agit, au plan administratif, sous l'autorité de la personne désignée dans le plan d'organisation du centre hospitalier, qui peut être le directeur général ou le directeur des services professionnels. Tout comme les médecins, dentistes et pharmaciens de son département, il reste cependant soumis au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens en ce qui concerne les responsabilités de ce conseil.

En outre, seuls les centres hospitaliers désignés à l'annexe VII peuvent avoir un département de santé communautaire, bien que les activités professionnelles du département de santé communautaire puissent s'exercer dans d'autres établissements du territoire.

Le mode de nomination du chef du département de santé communautaire est prévu à l'article 4 du Règlement sur la nomination et la rémunération des directeurs des services professionnels et des chefs de département de santé communautaire dans les centres hospitaliers. Le chef du département de santé communautaire est nommé par le conseil d'administration de l'établissement.

Le terme "ressources" employé à l'article 74 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements englobe à la fois les ressources humaines, matérielles et financières du département de santé communautaire, y compris les médecins de ce département.

Le mandat du département de santé communautaire et de son chef est défini par le conseil d'administration de l'établissement. On devra cependant tenir compte, comme le précise l'article 74, en plus du contenu des paragraphes de cet article, des priorités établies par le conseil régional et du fait que le chef du département de santé communautaire doit collaborer avec les autres établissements. Il faut également tenir compte des mandats qui peuvent être confiés au département de santé communautaire par d'autres lois, comme la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

4. Le département de pharmacie

Le règlement vient adapter l'encadrement prévu pour la pharmacie à une réalité qui veut l'intervention pharmaceutique plus rapprochée du patient, du médecin et du personnel clinique.

Dans un centre hospitalier de soins de courte durée, le règlement prévoit la formation d'un département de pharmacie, qui n'est pas un département clinique. Son chef est nommé par le conseil d'administration pour un terme déterminé et renouvelable et ce, après consultation des pharmaciens du département, du directeur des services professionnels, du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et de l'université, s'il s'agit d'un centre hospitalier affilié. Il revient au conseil d'administration d'établir la procédure pour toutes ces consultations. Le chef du service de pharmacie, en poste le 1er octobre 1984, assure l'intérim pendant le déroulement du processus de nomination du chef du département de pharmacie décrit au règlement.

Le chef du département de pharmacie exerce ses responsabilités administratives sous l'autorité du directeur des services professionnels, et ses activités cliniques sous l'autorité du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

L'article 77 du règlement exige l'établissement de politiques sur la préparation, la distribution et le contrôle de l'utilisation des médicaments, drogues ou poisons. Les politiques sur la distribution des médicaments doivent prévoir l'ensemble des activités propres à garantir l'accessibilité des médicaments aux bénéficiaires en temps et lieu opportun. Par exemple, une politique définira les critères pour inclure ou non un médicament à l'armoire de nuit de même que les règles pour y avoir accès.

La notion de contrôle de l'utilisation des médicaments, drogues et poisons englobe les activités qui ne relèvent pas spécifiquement de la responsabilité du conseil des médecins, dentistes

et pharmaciens ou du comité de pharmacologie. Par exemple, une politique de contrôle d'utilisation pourra statuer sur la fréquence des études à faire sur l'utilisation d'antibiotiques ou de produits d'oncologie, par comparaison à d'autres centres hospitaliers.

La sélection des médicaments implique la détermination de critères d'inscription des médicaments au formulaire du centre hospitalier et l'application de ces critères, en tenant compte de l'opinion du comité de pharmacologie. Le tout doit se faire avant la publication et la diffusion du formulaire. Par exemple, un critère de sélection peut avoir pour effet d'exclure des comprimés de forme et de couleur semblables parce qu'il y a risque de confusion.

Sous l'autorité du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le pharmacien doit élaborer les règles d'utilisation des médicaments, règles permettant d'assurer la concordance du processus thérapeutique avec les standards scientifiques reconnus afin d'optimaliser l'effet des médicaments. Cependant, dans bien des cas, les protocoles de traitement comprennent déjà les règles d'utilisation des médicaments. Par exemple, un protocole de traitement du cancer du sein comprend les règles d'utilisation des médicaments pour cette pathologie.

Sous l'autorité du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le pharmacien doit élaborer les modalités régissant l'émission des ordonnances pour prévoir, compte tenu des lois en vigueur, qui peut consigner au dossier les ordonnances, pour quelle durée, à quelles conditions, quels médicaments peuvent être prescrits. Les narcotiques doivent-ils être soumis à des règles différentes? Que faire des médicaments en expérimentation? Par exemple, une modalité pourrait prévoir que suite à un accord entre un prescripteur et un pharmacien, ce dernier soit tenu d'inscrire au dossier l'ordonnance découlant de cet accord, et cette ordonnance remplacerait les ordonnances antérieures.

Un centre hospitalier de soins de longue durée peut à son choix former un département de pharmacie ou confier à un pharmacien les responsabilités prévues pour le chef du département de pharmacie.

SECTION 2

L'ORGANISATION DES CENTRES D'HÉBERGEMENT

1. Les soins médicaux

Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements prévoit pour la première fois une structure médicale dans les centres d'hébergement. La nouvelle structure est obligatoire pour les centres d'hébergement qui ne choisissent pas de constituer un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Un centre d'hébergement où moins de cinq médecins exercent doit nommer un médecin responsable des soins médicaux. Un centre d'hébergement où au moins cinq médecins exercent doit former un service médical.

Le conseil d'administration se doit de choisir la structure médicale qui correspond le mieux aux objectifs suivants visés par le projet de loi 27:

- intégrer le médecin à l'équipe de soins et au cadre organisationnel de l'établissement;

- utiliser l'approche globale pour la planification des soins médicaux requis par les personnes hébergées.

La nomination d'un médecin responsable des soins médicaux ou la formation d'un service médical correspondent à une structure plus intégrée à la vie professionnelle et administrative des centres d'hébergement et permettent d'atteindre un équilibre entre l'approche médicale et l'approche globale pour la planification des soins médicaux.

Le médecin responsable des soins médicaux ou du service médical est choisi parmi les médecins assurant des fonctions cliniques au centre d'hébergement. Il assume les responsabilités administratives mentionnées au règlement. Il ne devient ni un employé ni un membre du personnel cadre du centre d'hébergement.

Il relève du directeur général ou du conseil d'administration, selon qu'il s'agit de l'aspect administratif de ses responsabilités ou du contrôle de l'acte médical. Des mécanismes de consultation avec le pharmacien et le directeur des soins de santé et d'assistance doivent être établis afin d'assurer la réalisation des fonctions du médecin responsable ayant un lien avec la pharmacie ou les soins infirmiers.

Le service médical regroupe tous les médecins exerçant au centre d'hébergement et dans les pavillons qui en relèvent. Il est possible aux services médicaux de plusieurs centres d'hébergement de se regrouper pour l'étude de certains problèmes. Cependant, l'exercice des fonctions décrites à l'article 81 du règlement ne relève que des médecins exerçant au centre d'hébergement concerné.

En ce qui concerne la délégation des actes médicaux, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est mentionné au Règlement concernant les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, ce qui n'est pas le cas du service médical. Donc, le centre d'hébergement n'ayant pas constitué de conseil des médecins, dentistes et pharmaciens doit conclure un contrat de services avec un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement de la région pour l'application de ce règlement. Il est à noter que l'Office des professions étudie présentement un projet d'amendement au Règlement concernant les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, afin que le service médical puisse jouer le même rôle que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour l'application de ce règlement.

En l'absence de conseil des médecins, dentistes et pharmaciens dans un centre d'hébergement, les médecins font partie du conseil consultatif du personnel clinique et peuvent être élus au conseil d'administration par ce collège électoral. S'il existe un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, ce conseil nomme une personne au conseil d'administration et une personne au comité exécutif du conseil consultatif du personnel clinique.

2. La pharmacie

L'obligation d'assurer une réponse adéquate aux besoins de la population du Québec amène le ministère des Affaires sociales à se préoccuper d'une dimension très importante de la vie de la personne âgée, soit la médication. Il est connu de tous que la personne âgée consomme beaucoup de médicaments et ce, particulièrement dans les centres d'hébergement.

Parmi les moyens d'intervention élaborés pour améliorer la situation, notons la publication par le ministère des Affaires sociales, en 1977, du Cahier des Normes du service de pharmacie dans les centres d'accueil, dont le premier article recommande aux centres d'hébergement de conclure un contrat pour services pharmaceutiques avec un pharmacien. Depuis, le ministère a émis plusieurs directives et circulaires apportant des précisions sur ce sujet, notamment sur la fourniture de médicaments.

Le but poursuivi par un meilleur encadrement des services pharmaceutiques dans les centres d'hébergement est la diminution de la consommation de médicaments par les personnes âgées, en créant des conditions favorables à l'acquisition ou au maintien de la santé. Outre la préparation et la distribution des médicaments, plusieurs tâches pertinentes à cet objectif doivent être assumées par le pharmacien, notamment l'élaboration d'un profil de consommation des médicaments et le contrôle de l'utilisation des médicaments.

La présence d'un pharmacien dans un centre d'hébergement est essentielle à la mise sur pied d'un service structuré et efficace, répondant aux normes et exigences du ministère des Affaires sociales. C'est pourquoi le ministère des Affaires sociales a inclus au règlement des orientations précises dans ce domaine.

On entend par services de pharmacie en centre d'hébergement l'ensemble des démarches professionnelles, administratives et techniques régissant les services pharmaceutiques distribués aux bénéficiaires. Les services pharmaceutiques doivent être dispensés à l'intérieur d'un cadre qui respecte les lois, règlements et normes en vigueur.

L'établissement doit retenir les services d'un pharmacien afin de lui confier les responsabilités décrites au règlement ou prévoir la formation d'un service de pharmacie pour les mêmes fins. Les services professionnels d'un pharmacien sont requis dans le réseau des centres d'hébergement selon une proportion établie par le ministère (actuellement 0,05 heure par semaine pour chaque bénéficiaire hébergé au centre d'hébergement ou en pavillon). Le règlement ne prévoit pas de procédure particulière pour l'engagement d'un pharmacien et cet engagement doit se faire selon les procédures habituelles.

La diversité du réseau des centres d'hébergement (taille, clientèle, environnement) nécessite des types d'organisation souples. Les établissements de petite taille (83% des centres d'hébergement publics ont moins de 125 lits; 86% des centres d'hébergement privés conventionnés ont moins de 54 lits) doivent se doter d'une structure simple, dont le nombre de niveaux hiérarchiques est relativement petit, et où il peut arriver que la personne en autorité supervise directement l'exécution du travail.

C'est pourquoi l'article 82 laisse le choix au centre d'hébergement de se doter d'un service de pharmacie ou bien de confier les fonctions prévues à l'article 84 à un pharmacien. Cette décision est propre à chaque établissement et, comme pour tous les autres services, doit être prise en tenant compte du type

d'organisation du centre, de l'ampleur de la tâche, ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières impliquées et disponibles. S'il advient qu'un centre d'hébergement décide de constituer un service de pharmacie, un pharmacien est nommé responsable de cette unité administrative par le conseil d'administration, sous l'autorité du directeur général.

Qu'il soit engagé à temps complet ou à temps partiel, le pharmacien assume, lorsqu'un service de pharmacie n'est pas constitué, les responsabilités professionnelles énumérées à l'article 84. Cet article exige l'établissement de politiques sur la préparation, la distribution et le contrôle de l'utilisation des médicaments, drogues ou poisons.

Les politiques sur la distribution des médicaments doivent prévoir l'ensemble des activités propres à garantir l'accessibilité des médicaments aux bénéficiaires en temps et lieu opportun. Par exemple, on définira les critères pour inclure ou non un médicament à l'armoire de nuit, de même que les règles pour y avoir accès.

La notion de contrôle de l'utilisation des médicaments s'entend au sens large. Par exemple, une politique de contrôle de l'utilisation des médicaments peut prévoir des études à faire sur l'utilisation d'antibiotiques ou de tranquilisants, par comparaison à l'utilisation qui en est faite dans d'autres centres d'hébergement.

La seconde partie de l'article 84 énumère les activités et fonctions du pharmacien ou du chef du service de pharmacie, qui doivent être exercées après consultation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, du médecin responsable ou du chef du service médical, ainsi que de la personne responsable des soins de santé et d'assistance. La formule suggérée et habituellement retenue pour ce faire est la création d'un comité de pharmacologie qui d'ailleurs était déjà inclus à l'article 1.16 du Cahier des Normes du service de pharmacie.

Le pharmacien ou le chef du service de pharmacie doit élaborer les règles d'utilisation des médicaments, règles permettant d'assurer la concordance du processus thérapeutique avec les standards scientifiques reconnus, afin d'optimaliser l'effet des médicaments. Cependant, dans bien des cas, les protocoles de traitement comprennent déjà les règles d'utilisation des médicaments.

Le pharmacien ou le chef du service de pharmacie doit aussi élaborer les modalités régissant l'émission des ordonnances; ces modalités doivent comprendre des critères sur la validité des ordonnances, incluant les ordonnances verbales. Le présent règlement démontre plus de latitude dans ce domaine en laissant à l'autorité locale la détermination des critères de validité. Il est aussi possible au pharmacien de statuer, après consultation des médecins, sur la période de validité des ordonnances. Toutefois, un médecin ou un dentiste exerçant dans l'établissement peut spécifier, à chaque prescription, la période de validité souhaitée si elle est différente de celle déterminée localement.

Quant aux modalités concernant les ordonnances verbales, elles doivent s'inscrire dans le cadre des exigences légales en vigueur notamment à l'égard des personnes autorisées à les recevoir; notons à ce propos qu'un pharmacien peut consigner au dossier une ordonnance verbale.

La sélection des médicaments se veut un processus de détermination de critères d'inscription au formulaire du centre d'hébergement et de l'application de ces critères en tenant compte de l'opinion des médecins et de la personne responsable des soins de santé et d'assistance, avant de publier et de diffuser le formulaire. Par exemple, un critère peut avoir pour effet d'exclure des comprimés de forme et de couleur semblables, parce qu'il y a risque de confusion.

3. Les soins de santé et d'assistance

Concernant le secteur des soins de santé et d'assistance, le rôle prévu est de prodiguer tous les soins requis par les bénéficiaires. On subdivise les soins de santé et d'assistance en deux sous-secteurs. Le rôle du sous-secteur des soins de

santé est de suivre l'évolution de l'état de santé de chacun des bénéficiaires, de leur donner les soins thérapeutiques nécessaires et de remplir les ordonnances médicales. Celui des soins d'assistance est de combler les besoins fondamentaux que les bénéficiaires ne peuvent satisfaire eux-mêmes.

Les qualifications du personnel affecté à ces sous-secteurs, secteurs définis sous le même vocable dans le guide budgétaire des centres d'hébergement, sont d'être une infirmière ou un infirmier, ou bien une infirmière auxiliaire ou un infirmier auxiliaire pour les soins de santé, et un préposé aux soins pour les soins d'assistance. Quant à la classification de la fonction d'encadrement, la fonction-type est directeur des soins de santé et d'assistance. La nature de cette fonction est la suivante: être responsable des activités relatives aux soins de santé et d'assistance et des services connexes, dans le but de répondre adéquatement aux besoins en soins des bénéficiaires. Les qualifications requises sont un D.E.C., une formation professionnelle en techniques infirmières ou l'équivalent. Cette personne dont les services sont retenus pour cette fonction doit être inscrite au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

CHAPITRE 6

LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS DANS UN CENTRE HOSPITALIER

SECTION 1

LES MÉDECINS ET LES DENTISTES

1. La nomination des médecins et des dentistes

Un médecin ou un dentiste qui désire exercer sa profession dans un centre hospitalier doit adresser sa demande au directeur général sur le formulaire prescrit. Cette demande est soumise au comité d'examen des titres qui évalue notamment les qualifications professionnelles et la compétence scientifique des candidats, et fait rapport au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Le conseil transmet au conseil d'administration sa recommandation sur l'opportunité d'accepter la candidature.

En fait, le conseil d'administration peut refuser une candidature en se basant:

- soit sur des critères organisationnels, de disponibilité de ressources ou sur des exigences particulières au centre hospitalier;
- soit sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement.

Tout refus doit obligatoirement être motivé par écrit.

2. Les statuts des médecins et des dentistes

Avec le nouveau règlement, le statut des médecins, des dentistes et des pharmaciens est fonction de l'importance de leurs activités hospitalières dans chacun des centres hospitaliers où ils exercent, plutôt qu'en fonction de leurs activités au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, comme antérieurement.

La définition des statuts de membre actif et associé et les droits qui en découlent au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens causent certains problèmes à quelques établissements, en particulier dans les centres hospitaliers de soins de longue durée et dans certains centres hospitaliers de soins de courte durée. Le règlement sera modifié de façon à éliminer ces problèmes.

Les statuts des médecins et des dentistes dans les autres catégories d'établissement ne sont pas régis par le chapitre VII du règlement. Ils sont établis à la discrétion des établissements. Un programme-cadre établi par le ministère des Affaires sociales suggère des statuts pour les médecins exerçant dans un centre d'hébergement.

SECTION 2

LES PHARMACIENS

Les derniers amendements à la loi et au règlement font suivre au pharmacien un cheminement à peu près semblable à celui du médecin et du dentiste pour exercer en centre hospitalier.

Les pharmaciens à l'emploi d'un établissement le 19 décembre 1981 sont membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens depuis cette date s'il y en a un dans l'établissement. Toutefois, en centre hospitalier, leur statut doit être révisé conformément aux exigences du règlement en vigueur depuis le 1er octobre 1984.

Un pharmacien qui désire exercer sa profession dans un centre hospitalier adresse un formulaire de demande de nomination au directeur général qui soumet cette demande au comité d'examen des titres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Le comité fait rapport au conseil qui adresse ensuite une recommandation au directeur général. Si le centre hospitalier dispose d'un poste à combler et si le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a fait une recommandation favorable pour un ou plusieurs candidats, le conseil d'administration effectue la nomination et l'engagement, et accorde le statut conformément au règlement. Un pharmacien devant occuper un poste temporaire dans un centre hospitalier doit suivre la même procédure et obtenir un statut au sein du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Le conseil d'administration d'un centre hospitalier peut révoquer le statut d'un pharmacien, pour les motifs et selon la procédure décrits à la loi et au règlement et qui seront traités à la section 3. Le pharmacien est alors congédié. Le pharmacien non satisfait d'une telle décision peut en appeler à la Commission des affaires sociales.

SECTION 3

LES COMITÉS

Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements prévoit l'obligation pour le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un centre hospitalier de constituer un comité d'examen des titres, un comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique, un comité de pharmacologie et, pour l'étude d'une plainte contre un de ses membres, un comité de discipline. Le conseil peut aussi constituer d'autres comités, comme un comité des infections, etc.

L'obligation de constituer des comités ne s'applique qu'au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un centre hospitalier. Dans le cas des autres catégories d'établissements, il revient au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de décider quels comités instituer.

SECTION 4

LES MESURES DISCIPLINAIRES

Les statuts et privilèges des médecins et des dentistes sont révisés tous les deux ans par le comité d'examen des titres, mais ils demeurent susceptibles d'être modifiés par l'imposition de mesures disciplinaires, soit à la suite de recommandations formulées par le comité d'examen des titres, soit à la suite d'une mesure disciplinaire recommandée par le comité de discipline. Dans ce dernier cas, certaines mesures disciplinaires offrent un caractère purement temporaire, ou n'affectent pas les statuts et privilèges, s'il s'agit d'une réprimande.

Le comité de discipline composé d'un minimum de trois membres actifs du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est formé à la suite d'une plainte formulée contre un médecin, un dentiste ou un pharmacien, en ce qui a trait à la qualité de services, la compétence, la diligence, la conduite et l'observance des règlements, de ceux du centre hospitalier et de ceux du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Pour respecter pleinement la juridiction que lui confèrent le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements et certains principes de justice naturelle, ce comité de discipline devra notamment:

- inviter comme participant à ses travaux au moins un dentiste, un pharmacien ou un médecin spécialiste en anatamopathologie, s'il s'agit d'un dossier concernant respectivement les soins dentaires, les services pharmaceutiques ou des cas chirurgicaux ou de décès, afin d'assurer une certaine représentativité des pairs;

- donner un préavis au professionnel concerné pour l'informer non seulement de la date de l'enquête, mais des plaintes formulées de manière à ce qu'il puisse répondre aux faits qu'on lui reproche;

- étudier le dossier qui lui a été soumis;

- prendre connaissance des documents pertinents;

- entendre le professionnel concerné ainsi que son avocat, le cas échéant;

- entendre toute personne dont il juge le témoignage utile.

L'équité dont doit faire preuve le comité de discipline implique également le droit d'obtenir un ajournement si la demande du professionnel est sérieuse et que le refus d'y acquiescer l'empêcherait d'être entendu ou lui causerait un préjudice.

Les mesures disciplinaires, qu'elles tirent leur origine du comité d'examen titre ou du comité de discipline, sont imposées par le conseil d'administration. Avant d'en arriver à une décision, le conseil d'administration doit aviser les personnes intéressées pour leur permettre d'exprimer leur point de vue.

Dans les cas de refus de nomination, le médecin ou le dentiste possède un droit d'appel devant la Commission des affaires sociales, uniquement quand le refus est fondé sur des critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement. Le droit d'appel n'existe pas si le refus a comme unique fondement les contraintes organisationnelles, la non-disponibilité des ressources ou la non-satisfaction aux exigences propres du centre hospitalier.

En matière de renouvellement de nomination, le médecin ou le dentiste possède un droit d'appel à l'encontre de toute mesure disciplinaire adoptée par le centre hospitalier.

Le non-renouvellement ou la révocation du statut ou des privilèges doit être motivé et fondé uniquement sur le défaut de qualification, l'incompétence scientifique, la négligence, l'inconduite ou l'inobservance des règlements, eu égard aux exigences propres au centre hospitalier. Même si la loi semble minimiser l'effet de ces critères en les juxtaposant au pouvoir de gestion ou d'organisation du centre hospitalier, il faut malgré tout comprendre que les exigences propres du centre hospitalier doivent demeurer en étroite relation avec les critères de qualification, de compétence scientifique ou de comportement. Cette position a été maintenue dans une décision rendue par la Cour suprême le 23 juin 1982 dans la cause de l'Hôpital St-Luc c. Lafrance, J.E. 82-636.

ANNEXE I

LISTE DES REGLEMENTS ADOPTES EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX

1. Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements - Décret 1320-84 du 6 juin 1984 (1984, 116^{o} G.O. 2 No 28, 2745).

2. Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux - Décret 1127-84 du 16 mai 1984 (1984, 116^{o} G.O. 2 No 24, 2239).

3. Règlement sur les constructions d'immeubles des établissements, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec - C.T. 148183 du 10 janvier 1984 (1984, 116^{o} G.O. 2 No 14, 1463).

4. Règlement sur les locations d'immeubles des établissements, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec - C.T. 148184 du 10 janvier 1984 (1984, 116^{o} G.O. 2 No 14, 1473).

5. Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (R.R.Q. 1981, chap. S-5, r.1). Articles 296 à 304 (approvisionnements) et 336 à 381. Annexe V (contributions des bénéficiaires). Voir aussi Décret 1426-84 du 20 juin 1984 (1984, 116^{o} G.O. 2 No 27, 2644) et Décret 1632-84 du 11 juillet 1984 (1984, 116^{o} G.O. 2 No 31, 3670).

6. Règlement sur la délivrance et le renouvellement du permis d'un établissement - Décret 1373-84 du 13 juin 1984 (1984, 116^{o} G.O. 2 No 28, 2769).

7. Règlement établissant la procédure pour l'élection et la nomination des membres des conseils d'administration des établissements publics de santé et des services sociaux - Décret 686-82 du 24 mars 1982 (1983, 115^{o} G.O. 2 No 22, 2204).

8. Règlement sur la procédure d'élection et de nomination des membres des conseils d'administration des CRSSS - Décret 685-82 du 24 mars 1982 (1982, 114^{o} G.O. 2 No 18, 1533).

9. Règlement sur la rémunération des membres des conseils d'administration des CRSSS - Décret 128-83 du 26 janvier 1983 (1983, 115^{o} G.O. 2 No 8, 1090).

10. Règlement sur la sélection, la nomination, les mesures de fin d'engagement et de stabilité d'emploi applicables aux directeurs généraux des CRSSS et des établissements publics - Décret 883-83 du 4 mai 1983 (1983, 115^{o} G.O. 2 No 22, 2041).

11. Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres supérieurs et intermédiaires des conseils régionaux, des établissements publics et des établissements privés visés aux articles 176 et 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux - Décret 412-85 du 6 mars 1985 (1985, 117° G.O. 2 No 14, 1725) modifié par Décret 660-85 du 3 avril 1985 (1985, 117° G.O. 2 No 18, 2204).

12. Règlement sur la rémunération des directeurs généraux et des cadres supérieurs et intermédiaires des CRSSS, des établissements publics et des établissements privés visés dans les articles 176 et 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux - Décret 882-83 du 4 mai 1983 (1983, 115° G.O. 2 No 22, 2033) modifié par Décret 2677-83 du 21 décembre 1983 (1984, 116° G.O. 2 No 3, 100), par Décret 2251-84 du 11 octobre 1984 (1984, 116° G.O. 2 No 45, 5168) et par Décret 378-85 du 27 février 1985 (1985, 117° G.O. 2 No 13, 1660).

13. Ordonnance établissant la procédure pour l'élection des membres des conseils d'administration des établissements publics de santé et de services sociaux de la région 10A - Décret 2098-83 du 12 octobre 1983 (1983, 115° G.O. 2 No 47, 4441).

14. Règlement sur la nomination et la rémunération des directeurs des services professionnels et des chefs de département de santé communautaire dans les centres hospitaliers - Décret 2351-84 du 24 octobre 1984 (1984, 116° G.O. 2 No 47, 5428).

15. Taux quotidiens pouvant être versés aux familles d'accueil et aux établissements privés rémunérés à taux forfaitaire - Décret 659-85 du 3 avril 1985 (1985, 117° G.O. 2 No 18, 2257).

ANNEXE II

LISTE DES SUJETS COUVERTS PAR UN REGLEMENT DE REGIE INTERNE D'UN CONSEIL D'ADMINISTRATION

1. Site du siège social
2. Sceau
3. Membres et durée de leur mandat (selon le texte de loi)
4. Devoirs généraux du conseil d'administration (cf. loi)
5. Démission et destitution

   Ex. absence non motivée à 3 réunions consécutives
6. Indemnisation pour déplacements
7. Protection des membres (assurances)
8. Assemblée du Conseil
   - Régulières et spéciales
9. Avis de convocation
10. Quorum
11. Constatation des décisions
    - Procès-verbaux, signatures
    - Archives
    - Diffusion des informations
    - Les portes-parole (interne et externe)
12. Confidentialité
    - Discussions et décisions
    - Pénalité: destitution
13. Officiers
    - Président, vice-président, (trésorier)
    - Secrétaire (membre ou non)

14. Election des officiers

15. Pouvoirs et devoirs des officiers

    - Président: préside, signe, représente; responsable
    - Vice-président: remplace le président
    - Trésorier: gestion budgétaire, membre du comité de vérification
    - Secrétaire: envoi officiel de l'information, liste des membres et sceau

16. Directeur général (cf.loi, art. 83 et 104 ss)

    - Nomination (contrat)
    - Responsabilités générales et spécifiques
    - Méthode d'évaluation

17. Comité administratif (cf. loi, art. 96 ss)

    - Constitution, mandat et pouvoirs

18. Assemblées du comité administratif

    - Avis de convocation
    - Quorum
    - Procès-verbaux

19. Exercice financier (cf. loi et décret 1427-84)

20. Comité de vérification

    - Composition, quorum, fonctionnement
    - Fonctions (loi)

21. Comités réguliers:

    - Bénéficiaires
    - CCPC
    - CMD
    - Inter-établissements

22. Comités spéciaux

23. Assemblée publique

24. Changements au règlement

    - Vote des deux tiers

25. Directeurs

    - Nomination

Gouvernement du Québec
Conseil du trésor

ANNEXE III

Répertoire des politiques administratives

Vol.	Ch.	Suj.	Pce
02	03	01	01

Page: 1 Date: 84-11-19

Directive numéro 5-74
Remplacée par le
C.T. 148000 du 20 décembre 1983
modifiée par
C.T. 148444 du 24 janvier 1984
C.T. 150981 du 5 juin 1984
C.T. 153400 du 30 octobre 1984

RÈGLES SUR LES FRAIS DE DÉPLACEMENT DES FONCTIONNAIRES

---oooOooo---

SECTION I - CHAMP D'APPLICATION ET DÉFINITIONS

1. Ces règles s'appliquent aux employés des ministères et organismes du gouvernement du Québec, à l'exception des membres de la Sûreté du Québec et du personnel d'Hydro-Québec.

2. Dans ces règles, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par:

"année financière": la période qui commence le 1er avril d'une année et se termine le 31 mars de l'année suivante;

"assignation": l'affectation temporaire d'un employé à un point, lieu ou territoire de travail autre que son port d'attache habituel, pour une période de plus de quinze (15) jours ouvrables consécutifs; cette affectation peut nécessiter un séjour sur place;

"déplacement": un voyage autorisé, effectué par un employé dans l'exercice de ses fonctions, et au cours duquel il supporte des frais de transport, de logement ou de subsistance;

"employé travaillant à l'extérieur": l'employé qui exerce ses fonctions principales et habituelles surtout en dehors d'un bureau ou d'un établissement fermé, soit en plein air, sur le terrain ou sur les chantiers, et dont le travail est généralement manuel ou consiste à faire des observations, des relevés, à exercer une surveillance, à patrouiller ou à exécuter d'autres activités extérieures semblables;

"employeur": un ministère ou un organisme du gouvernement du Québec dont les employés sont assujettis à ces règles;

"équipe": un groupe d'au moins trois (3) personnes à l'emploi du gouvernement qui se déplacent ensemble;

"port d'attache": le lieu de travail ou point déterminé par le sous-ministre, le dirigeant d'un organisme ou leur représentant, où l'employé reçoit régulièrement ses instructions, rend compte de ses activités et à partir duquel, s'il y a lieu, il effectue normalement ses déplacements pour les besoins du travail;

"supérieur immédiat": la personne exclue de l'unité de négociation qui représente, au premier niveau d'autorité, l'employeur auprès de l'employé, ou toute autre personne désignée par le sous-ministre ou le dirigeant d'organisme;

"territoire habituel de travail": le territoire où est situé le port d'attache d'un employé, géographiquement limité et défini pour les besoins du travail comme district, division, section, unité ou autre appellation semblable, et à l'intérieur duquel l'employé ne supporte pas habituellement de frais de logement.

SECTION II - PRINCIPES GÉNÉRAUX

3. Le supérieur immédiat décide, dans le cadre des lignes directrices établies par le sous-ministre ou le dirigeant de l'organisme, de l'opportunité d'un déplacement et détermine les moyens de transport et les conditions de logement et de subsistance de l'employé à l'occasion de ce déplacement et d'une assignation, en tenant compte des commodités que l'employeur peut lui-même mettre à sa disposition.

Directive 5-74 (suite)

B.1.2

4. Pour être remboursables, les frais de déplacement ou d'assignation doivent être nécessaires, raisonnables et avoir été réellement supportés.

5. L'employé qui présente des pièces justificatives ou des renseignements faux, inexacts ou incomplets, à l'appui d'une demande de remboursement non conforme à ces règles, est passible de mesures disciplinaires et ce, sans préjudice de tout autre recours permis par la Loi.

6. Le supérieur immédiat doit, avant de recommander à la personne désignée au plan de gestion financière le remboursement de frais de déplacement ou d'assignation, s'assurer du respect de ces règles et de la conformité ds frais supportés avec le travail réalisé; s'il est lui-même désigné au plan de gestion financière, il peut en outre en autoriser le remboursement.

7. Un employé peut recevoir une avance correspondant à l'estimation des frais qu'il aura à supporter pour un déplacement. Les employés qui se déplacent de façon régulière peuvent aussi obtenir des avances permanentes.

SECTION III - INDEMNITÉS POUR FRAIS DE TRANSPORT, DE REPAS, DE LOGEMENT ET AUTRES

I - Frais de transport

s.s. I - Règles générales

8. L'employé doit utiliser les moyens de transport en commun. Toutefois, le supérieur immédiat peut autoriser un employé à utiliser son véhicule automobile personnel, lorsque l'emploi de ce moyen de transport s'avère plus économique ou lorsque les circonstances le justifient.

9. Les frais de transport aller et retour supportés par un employé pour se rendre de son point de travail ou de son port d'attache à sa résidence pour y prendre ses repas ne sont pas remboursables.

B.1.3 Directive 5-74 (suite)

a) L'utilisation des moyens de transport en commun:

10. Le supérieur immédiat peut autoriser le remboursement des frais de transports supportés par un employé dans l'exercice de ses fonctions avant et après l'utilisation d'un moyen de transport en commun, lorsque son point de travail est situé à plus de seize (16) kilomètres de son port d'attache.

11. Le supérieur immédiat peut, lorsqu'un employé utilise son véhicule automobile personnel avant et après l'utilisation d'un moyen de transport en commun, autoriser le remboursement des frais de stationnement supportés par l'employé si son point de travail est situé à plus de seize (16) kilomètres de son port d'attache.

b) L'utilisation d'une automobile personnelle:

12. Lorsque l'utilisation d'un véhicule automobile personnel a été autorisée par le supérieur immédiat, les règles d'indemnisation suivantes s'appliquent:

    a) aux fins de l'indemnisation, la distance admise est la distance nécessaire et effectivement parcourue par l'employé dans l'exercice de ses foncions;

    b) les frais de stationnement et de péage supportés par l'employé au cours du déplacement sont remboursables.

    c) les frais de stationnement au lieu habituel de travail supportés par l'employé le jour du départ et le jour du retour sont remboursables, si le supérieur immédiat les juge nécessaires.

c) L'utilisation d'un véhicule-taxi:

13. Le supérieur immédiat peut, lorsqu'il le juge nécessaire, autoriser l'utilisation d'un véhicule-taxi comme moyen de transport.

14. L'employé qui est tenu de retourner au travail ou encore d'y rester après que les services ordinaires de transport en commun ou que ses moyens habituels de transport ne sont plus disponibles pourra utiliser un véhicule-taxi à partir de son domicile jusqu'au lieu de travail et pour le retour au besoin. Le présent alinéa ne s'applique pas aux déplacements effectués pour se rendre au travail ou en revenir immédiatement avant ou après l'horaire régulier de travail.

s.s. II - Indemnités selon les moyens de transport

a) Véhicule automobile personnel:

15. L'employé autorisé à utiliser son véhicule automobile personnel reçoit pour toute la distance admise, une indemnité établie comme suit:

	À compter du 1er avril 1983
i) jusqu'à 8 000 km au cours d'une année financière:	0,245 $ /km
ii) de 8 001 à 18 000 km au cours d'une année financière:	0,21 $ /km
iii) de 18 001 à 26 000 km au cours d'une année financière:	0,155 $ /km
iv) au-delà de 26 000 km au cours d'une année financière:	0,135 $ /km

16. Lorsque le supérieur immédiat demande à un employé de transporter dans son véhicule automobile personnel une équipe, avec ou sans leur équipement, il a droit à une indemnité additionnelle de 0,06 $ par kilomètre ainsi parcouru.

17. Lorsque le supérieur immédiat demande à un employé d'utiliser son véhicule automobile personnel sur des routes de forêt ou des routes en gravier, il a droit à une indemnité additionnelle de 0,06 $ par kilomètre ainsi parcouru.

18. Lorsque le supérieur immédiat demande à un employé de se déplacer avec une caravane motorisée ou d'accrocher à son véhicule automobile une caravane ou un autre équipement du même genre, il a droit à une indemnité additionnelle de 0,06 $ par kilomètre ainsi parcouru.

19. Lorsque le supérieur immédiat demande à un employé d'utiliser son véhicule automobile personnel pour un recensement de la circulation entre le 1er novembre et le 31 mars, il a droit à une indemnité additionnelle de 1,85 $ par heure de recensement.

20. Le total des indemnités versées en vertu des articles 15 à 20 ne peut toutefois être inférieur à 3,90 $ pour chaque jour d'utilisation autorisée d'un véhicule automobile personnel.

21. L'employé qui, quoique tenu d'utiliser un moyen de transport en commun, utilise plutôt son véhicule automobile personnel, n'a droit qu'à une indemnité de 0,10 $ par kilomètre ainsi parcouru. Cette indemnité inclut les frais d'utilisation d'un moyen de transport en commun ou d'un véhicule-taxi, ainsi que les frais de stationnement et de péage supportés par l'employé au cours du déplacement.

b) Avion personnel:

22. Le supérieur immédiat peut, lorsqu'il juge que l'utilisation de ce moyen de transport est plus pratique et que le total des indemnités versées pour ce déplacement sera inférieur à celui qui sera versé à l'employé s'il utilise un autre mode de transport, y compris un avion commercial, autoriser l'employé à utiliser son avion personnel; dans ce cas, il doit toutefois préalablement s'assurer que le pilote de l'appareil détient une couverture d'assurance appropriée.

23. Aux fins de l'indemnisation, l'utilisation d'un avion personnel est assimilée à l'utilisation d'un véhicule automobile personnel selon qu'elle a été autorisée ou non, et la distance admise est établie en fonction de la distance routière qui aurait été parcourue. Cette indemnité inclut les frais d'utilisation d'un moyen de transport en commun ou d'un véhicule-taxi ainsi que les frais de stationnement supportés par l'employé au cours du déplacement.

c) Véhicule-taxi:

24. L'employeur rembourse l'employé des frais de transport par véhicule-taxi qu'il a effectivement supportés dans l'exercice de ses fonctions.

d) Moyens de transport en commun:

25. L'employeur rembourse l'employé des frais de transport en commun qu'il a effectivement supportés dans l'exercice de ses fonctions.

d) Stationnement et péage:

26. L'employeur rembourse l'employé des frais de stationnement et de péage qu'il a effectivment suppportés dans l'exercice de ses fonctions.

f) Assurance-affaires:

27. L'employé qui présente la preuve du paiement d'une prime d'assurance-affaires pour l'utilisation de son véhicule automobile personnel pour les besoins de son travail peut être remboursé du montant de cette prime annuelle, selon les conditions et modalités suivantes:

a) une fois par année financiere, l'employé peut demander le remboursement du montant de sa prime d'assurance dès qu'il a parcouru les 1 600 premiers kilomètres pendant l'année financière en cours et a condition que l'échéance de son assurance survienne ou soit survenue pendant l'année civile pendant laquelle prend fin cette année financière;

b) à la fin d'une année financière, l'employé qui n'a pas parcouru au moins 1 600 kilomètres durant cette année financière peut demander le versement d'une indemnité de 0,03 $ par kilomètre pour le kilométrage effectué pendant cette année financière et ce, jusqu'à concurrence du montant de sa prime d'assurance-affaires, à condition que l'échéance de son assurance commerciale survienne ou soit survenue durant l'année civile pendant laquelle prend fin cette année financière.

Toutefois, dans le cas d'un employé occasionnel, ce remboursement n'est effectué qu'à la fin de son emploi et ce, au prorata de la durée de son emploi.

L'assurance-affaires doit comprendre tous les avenants nécessaires, y compris ceux qui permettent le transport de passagers en service commandé, et ne doit pas être annulée avant sa date d'expiration, à moins que l'employeur n'en soit avisé au préalable.

II - Frais de repas:

s.s. I - Règles générales

28. Ne sont remboursables que les frais de repas pris par un employé à plus de seize (16) kilomètres par route et ce, en utilisant la route la plus directe, entre le port d'attache et l'endroit du déplacement, ou à l'extérieur du territoire habituel de travail pour un employé travaillant à l'extérieur.

29. Lorsque le départ s'effectue avant 7 h 30, 11 h 30 ou 17 h 30 et le retour après 13 h 30 ou 18 h 30, les repas normalement et effectivement pris après ces heures de départ ou avant ces heures de retour sont admis aux fins de l'indemnisation.

30. Lorsque le départ s'effectue avant 23 h 30 et le retour après 1 h 30, pour un employé dont l'horaire régulier de travail s'échelonne, entre 19 heures et 7 heures, un repas de nuit effectivement pris est admis aux fins de l'indemnisation.

B.1.8 Directive 5-74 (suite)

s.s. II - Indemnité

31. L'employeur rembourse les frais de repas suivant les coûts réels. Pour chaque journée civile complète, l'employé touche pour ses frais de repas, une indemnité forfaitaire de 24,65 $, l'y compris taxes et pourboires. Si un jour de déplacement s'étend sur moins qu'un jour civil complet, les sommes maximales admissibles pour frais de repas, y compris taxes et pourboires, sont les suivantes:

a) pour le déjeuner: 5,55 $

b) pour le dîner: 7,65 $

c) pour le souper: 11,45 $

d) pour le repas de nuit: 11,45 $

Les montants prévus à l'alinéa précédent sont majorés de 30% pour les repas pris dans un établissement commercial d'une municipalité située entre le 49e et le 50e parallèle, et de 50% dans les municipalités situées au-delà du 50e parallèle, sauf s'il s'agit des villes de Baie Comeau, Port-Cartier et Sept-Iles.

Si, en raison de circonstances exceptionnelles, l'employé doit supporter des frais de repas supérieurs à ceux prévus, il sera remboursé des frais excédentaires sur autorisation spécifique du sous-ministre ou du dirigeant de l'organisme ou de la personne qu'il désigne.

32. Lorsque le coût du transport en commun, les frais de logement ou d'inscription à un congrès, une conférence, un colloque, un symposium ou tout autre événement semblable comprennent les frais de certains repas, ces repas ne sont pas remboursables en vertu de ces règles.

33. Lorsque l'employé prend ses repas dans un établissement autre que commercial, tel un camp forestier, un chantier de construction ou tout autre établissement du genre où les repas sont offerts moyennant une charge nominale ou à un coût fixé par entente ou décret à titre de services aux employés, seul le coût réel de ces repas, y compris taxes et pourboires est remboursable et ce, jusqu'à concurrence des sommes maximales prévues à l'article 31.

34. Malgré l'article 31, l'employé qui, lors d'un déplacement, apporte ses repas de son domicile ou assume le coût de la nourriture qu'il apporte et prépare sur place reçoit, à titre de remboursement des frais de repas admissibles, une indemnité forfaitaire établie comme suit:

    i) pour le déjeuner: 3,40 $

    ii) pour le dîner: 5,30 $

    iii) pour le souper: 5,30 $

III - Frais de logement:

s.s. I - Dans un établissement hôtelier

35. L'employeur rembourse l'employé des frais de logement effectivement supportés dans un établissement hôtelier, jusqu'à concurrence des sommes maximales suivantes:

    - 60,00$ dans les établissements hôteliers situés dans la ville de Hull et sur le territoire des communautés urbaines de Québec et de Montréal y compris la ville de Longueuil;

    - 48,00$ dans les établissements hôteliers situés ailleurs au Québec.

    Malgré l'alinéa précédent, l'employeur rembourse l'employé des frais de logement effectivement supportés dans un établissement hôtelier d'une municipalité située au nord du 49e parallèle, à l'exclusion des villes de Baie-Comeau, Port-Cartier et Sept-Iles.

    Si, en raison de circonstances exceptionnelles, l'employé doit supporter des frais de logement supérieurs à ceux prévus, il sera remboursé des frais excédentaires sur autorisation spécifique du sous-ministre ou du dirigeant de l'organisme ou de la personne qu'il désigne.

s.s. II - Dans un établissement autre qu'hôtelier

36. Lorsqu'un employé, au cours d'un déplacement autorisé, loge ailleurs que dans un établissement hôtelier, la somme maximale admissible est:

a) une indemnité forfaitaire de 12,60 $ lors d'un coucher chez un parent ou ami; l'employé est alors remboursé en outre pour le kilométrage effectué pour se rendre du lieu de travail en déplacement à l'endroit de ce coucher, jusqu'à concurrence de trente-deux (32) kilomètres aller et retour;

b) les frais effectivement supportés et ne devant pas excéder les montants apparaissant au répertoire publié par le ministère de l'Industrie, du Commerce et du Tourisme - Québec 1983, camping, pour l'utilisation d'une caravane ou d'une tente. À défaut d'inscription audit répertoire, la compensation est égale au coût réel supporté sur présentation de pièces justificatives sans toutefois dépasser 7,00$ par jour.

c) les frais effectivement supportés, lorsque des services autres que ceux prévus aux paragraphes précédents sont utilisés, tels les services offerts par un club privé, par le camp d'une entreprise commerciale ou industrielle ou par la résidence d'employés d'une entreprise.

IV - Autres frais

37. Lorsque le supérieur immédiat demande à un employé d'utiliser sa motoneige personnelle, il a droit à une indemnité de 9,10$ par demi-journée de travail au cours de laquelle il utilise sa motoneige.

38. Lorsque le supérieur immédiat demande à un employé d'utiliser sa motocyclette personnelle, il a droit à une indemnité de 0,125$ par kilomètre ainsi parcouru.

39. Si, au cours d'un déplacement, l'employé doit poursuivre son travail pendant plusieurs journées consécutives, il peut être autorisé, s'il en fait la demande à regagner son domicile chaque soir ou chaque fin de semaine. L'employé a alors droit au remboursement des frais supportés selon les présentes règles, mais jusqu'à concurrence des frais de logement et de subsistance dont il aurait été remboursé s'il était demeuré à l'endroit du déplacement.

Ces déplacements aller et retour ne doivent pas modifier l'horaire de travail établi ni être effectués pendant les heures régulières de travail; dans tous les cas ces déplacements ne doivent pas nuire à l'efficacité du service.

40. Pour chaque jour de déplacement comportant un coucher dans un établissement hôtelier, l'employeur accorde à l'employé une indemnité forfaitaire de 3,40$. L'employeur rembourse également les frais suivants:

55

a) les frais raisonnables de blanchissage supportés pendant le déplacement, à condition qu'il soit de plus de trois (3) jours consécutifs;

b) les frais d'obtention de chèques de voyage, de monnaies étrangères et d'un passeport lors d'un déplacement à l'étranger;

c) tous autres frais raisonnables et directement reliés au déplacement, à l'exception des pourboires.

41. Les frais d'appels téléphoniques sont remboursables dans la mesure où ils sont faits pour les besoins du service. Pour chaque demande de remboursement à ce titre, l'employé doit indiquer le nom de la personne avec laquelle il a communiqué et le motif de l'appel.

Malgré l'alinéa précédent, un employé a droit, sur présentation de pièces justificatives, au remboursement de frais d'appels téléphoniques interurbains, jusqu'à concurrence de 6,20$ et ce, pour chaque période comportant trois (3) couchers consécutifs.

55

42. L'employé qui participe à un concours d'avancement ou de promotion tenu pour un ministère ou un organisme du Gouvernement en dehors de son lieu de travail est remboursé de ses frais de déplacement conformément aux présentes règles, à condition d'être admissible au concours.

L'employé en disponibilité qui se déplace pour son replacement est remboursé de ses frais de déplacement conformément aux présentes règles.

Section IV - ASSIGNATION

s.s. I - Règles générales

43. Lorsque cette situation est plus économique que le maintien d'un employé en déplacement et qu'elle est plus appropriée dans les circonstances, le supérieur immédiat procède à l'assignation d'un employé. Il doit, dans ce cas, en aviser par écrit l'employé au moins sept (7) jours à l'avance, et l'avis doit comporter, notamment, la date du début de l'assignation, sa durée probable, son motif, ainsi que ses conditions.

44. Le supérieur immédiat détermine, à l'occasion d'une assignation, la fréquence des retours de l'employé à son domicile et ce, selon la distance et la durée de l'assignation.

45. L'employé en assignation reçoit, pour les frais inhérents à l'assignation, une indemnité forfaitaire, laquelle peut être révisée, en cours d'assignation, si les prix et les conditions de séjour sont modifiés. Toutefois, elle ne peut, en aucun cas, excéder la compensation qui aurait été payable à l'employé s'il était en déplacement.

Malgré l'alinéa précédent, l'employeur ne verse pas d'indemnité pour une assignation qui n'entraîne aucune dépense en sus de celles habituellement supportées par l'employé. C'est le cas, notamment, lorsque l'employeur fournit le transport, le logement et la nourriture ou lorsque la distance que doit parcourir l'employé pour se rendre de sa résidence au lieu d'assignation n'est pas supérieure à celle qu'il parcourt pour se rendre de sa résidence à son port d'attache habituel.

46. Le lieu d'assignation constitue le port d'attache d'un employé, aux fins d'un déplacement dans l'exercice de ses fonctions.

47. Lorsqu'il y a assignation à un lieu de travail situé à moins de seize (16) kilomètres par route et ce, en utilisant la route la plus directe entre le port d'attache et l'endroit du déplacement, aucune indemnité n'est payable.

48. Lorsque la distance entre le domicile de l'employé et son lieu d'assignation est inférieure à 48 kilomètres, le supérieur immédiat détermine si l'assignation nécessite un séjour sur place, compte tenu des possibilités de séjour au lieu d'assignation et des moyens de transport disponibles.

Malgré l'alinéa précédent, lorsque la distance entre le domicile de l'employé et son lieu d'assignation est de 48 kilomètres et plus, l'employé peut être autorisé, s'il en fait la demande, à regagner sa résidence chaque soir, pourvu que cela ne nuise pas à l'efficacité du service; dans ce cas, il reçoit les indemnités prévues pour l'assignation sans séjour sur place. Toutefois, ces indemnités ne peuvent excéder celles qui lui auraient été payables s'il était resté sur place.

49. Le versement de l'indemnité prévue pour l'assignation cesse au moment du déménagement effectif de l'employé.

50. Une assignation ne peut, à moins d'une autorisation spécifique du sous-ministre ou du dirigeant d'un organisme ou de la personne qu'il désigne, excéder une période de neuf (9) mois.

s.s. II - Indemnité d'assignation

a) Assignation avec séjour sur place:

51. L'employé dispose d'une période maximale de sept (7) jours pour prendre les arrangements relatifs à son logement et à sa subsistance au lieu prévu de son assignation. Durant cette période, il aura droit aux indemnités prévues pour l'employé en déplacement. L'indemnité prévue pour l'assignation sera applicable dès qu'il y aura utilisation effective des services désignés ou dès la fin de la période de sept (7) jours.

52. Le supérieur immédiat fixe, après discussion avec l'employé, l'indemnité d'assignation, laquelle ne peut excéder le montant des frais réellement supportés par l'employé; toutefois, en aucun cas, elle ne peut être supérieure à un montant hebdomadaire de 243,00$ sauf si le sous-ministre ou la personne désignée à cette fin ne l'autorise spécifiquement pour des circonstances exceptionnelles.

53. Les frais de déplacement supportés par l'employé pour se rendre au lieu d'assignation et en revenir au début et à la fin de l'assignation sont remboursés selon les modalités prévues dans les présentes règles.

b) Assignation sans séjour sur place:

54. L'employé doit effectuer ses déplacements entre son domicile et le lieu d'assignation en dehors des heures régulières de travail.

55. L'employé qui utilise son véhicule automobile personnel pour se rendre au travail et en revenir a droit d'être remboursé de ses frais de transport pour la distance supplémentaire qu'il doit parcourir pour se rendre de son domicile à son lieu d'affectation et qu'il n'aurait pas franchie normalement pour se rendre de son domicile à son port d'attache habituel. Ce remboursement est effectué selon les taux prévus pour l'usage autorisé d'un véhicule automobile personnel.

Malgré l'alinéa précédent, si l'employé est autorisé à transporter d'autres employés assignés au même endroit, il a droit d'être remboursé pour toute la distance parcourue.

56. L'employé qui utilise les transports en commun est remboursé des frais effectivement supportés.

57. Lorsque le lieu d'assignation est situé à plus de seize (16) kilomètres du port d'attache, les frais de repas supportés par l'employé sont remboursables selon les présentes règles.

Malgré l'alinéa précédent, aucun frais de repas n'est remboursable à un employé travaillant à l'extérieur qui est assigné à l'intérieur de son territoire habituel de travail.

c) Retour à la résidence

58. Les retours de l'employé à sa résidence ne doivent ni modifier l'horaire de travail établi ni être effectués pendant les heures de travail déterminées par l'employeur.

59. L'employé assigné pour une période d'au moins 6 semaines a droit à un déplacement pour se rendre à sa résidence et en revenir au moins une fois à toutes les trois (3) semaines s'il est assigné à plus de trois cents (300) kilomètres de sa résidence par voie terrestre. Dans ce cas, le voyage peut être effectué pendant les heures régulières de travail si les besoins du service le permettent.

60. L'employé reçoit, pour chaque retour à sa résidence, une indemnité de 0,10$ par kilomètre qui sépare le lieu de l'assignation de celui de sa résidence.

SECTION V - PIÈCES JUSTIFICATIVES

61. L'employé doit présenter une preuve de déplacement pour chaque déplacement et pour chaque journée complète de séjour. Aucune preuve n'est toutefois exigée pour un déplacement de moins de 240 kilomètres aller et retour, lorsqu'il y a utilisation d'un véhicule automobile personnel et que le déplacement ne comporte pas de frais de repas ou de logement.

Aux fins du présent article, une pièce justifiant l'utilisation de l'un ou l'autre des services mentionnés aux articles 64 à 74 constitue une preuve de déplacement, même s'il n'est pas prévue dans ces articles qu'une telle pièce est nécessaire pour justifier une dépense particulière.

62. L'employé qui couche dans un établissement hôtelier doit fournir le reçu de caisse enregistreuse. Si l'établissement ne peut fournir un tel reçu, un reçu officiel d'un représentant de l'établissement est accepté. La pièce justificative fournie doit indiquer le nom de l'employé, la durée et les dates de séjour, le coût du logement, ainsi que le nom et l'adresse de l'établissement où l'employé a logé.

63. L'employé qui couche ailleurs que dans un établissement hôtelier doit indiquer la nature du service utilisé. Dans les cas où le remboursement s'effectue selon les frais réels, il doit fournir une pièce justificative. Lorsque l'employé n'a aucune autre preuve de déplacement, il doit fournir le nom et l'adresse de l'endroit où il a logé.

64. Lorsque le coût d'un repas excède le maximum admissible, des pièces justificatives sont exigées.

65. Lorsque le trajet aller et retour effectué est plus de 240 kilomètres, l'employé doit fournir un reçu prouvant qu'il a supporté des frais reliés à l'utilisation d'un véhicule automobile.

66. Lorsque l'employé utilise un moyen de transport en commun, il doit fournir un reçu prouvant le paiement du billet, s'il est d'usage pour les transporteurs de remettre un tel reçu.

67. Lorsque l'employé utilise un véhicule-taxi, il doit fournir une pièce justificative et indiquer en outre les points de départ et de destination.

68. Lorsqu'un employé utilise un stationnement, il doit fournir une pièce justificative.

69. Lorsqu'un employé effectue des appels téléphoniques, il doit fournir des pièces justificatives.

70. Lorsque l'employé supporte d'autres frais admissibles en vertu des présentes règles, il doit fournir des pièces justificatives, s'il est d'usage de fournir de telles pièces.

71. Lorsque l'indemnité d'assignation versée est forfaitaire, l'employé doit fournir une pièce justificative pour les frais de logement en y indiquant le montant des frais supportés. Si la nature des services utilisés ne permet pas de fournir une telle preuve, une attestation du sous-chef ou de son représentant indiquant le nom et l'adresse de l'endroit où l'employé a séjourné sert de pièces justificatives.

72. Lorsque l'indemnité d'assignation est supérieure à 243,00$, l'employé doit fournir des pièces justificatives pour tous les frais en y indiquant la nature et le montant des frais supportés.

SECTION VI - PRODUCTION DU COMPTE

73. L'employé doit produire sa réclamation dans les quinze (15) jours qui suivent immédiatement, soit le retour, soit la période désignée par l'employeur, laquelle, ne doit pas normalement dépasser un (1) mois. La réclamation doit être accompagnée des pièces justificatives originales et des autres renseignements exigés en vertu des présentes règles ou demandés sur les formulaires prévus à cet effet.

SECTION VII - DISPOSITIONS FINALES

74. Les présentes règles remplacent les "Règles sur les frais de déplacement des fonctionnaires", (R.R.Q., 1981, c. A-6, R-15) telles que refondues par le C.T. 139300 du 25 mai 1982 et modifiées par le C.T. 141100 du 28 septembre 1982.

75. Les articles 15, 19, 20, 21, 37 et 38 ont effet depuis le 1er avril 1983.

76. Les présentes règles entrent en vigueur le 1er février 1984.

Gouvernement du Québec
Conseil du trésor

C T 154333
Date 15 JAN. 1985

C.T.1

CONCERNANT des modifications aux Règles sur les frais de déplacement des fonctionnaires

---oooOooo---

LE CONSEIL DU TRÉSOR DÉCIDE:

1. De rescinder sa décision du 11 décembre 1984 (C.T. 154000);

2. D'adopter les modifications ci-jointes aux Règles sur les frais de déplacement des fonctionnaires, adoptées par le C.T. 148000 du 20 décembre 1983 et modifiées par les C.T. 148444 du 24 janvier 1984, 150981 du 5 juin 1984 et 153400 du 30 octobre 1984.

Le greffier du Conseil du trésor,

Michel Crevier

Réf.: Rép. 02 03 01 01

C.1.2

154333

Modifications aux Règles sur les frais de déplacement des fonctionnaires

---oooOooo---

1. Les Règles sur les frais de déplacement des fonctionnaires, adoptées par le C.T. 148000 du 20 décembre 1983 et modifiées par les C.T. 148444 du 24 janvier 1984, 150981 du 5 juin 1984 et 153400 du 30 octobre 1984, sont de nouveau modifiées, à l'article 12, par le remplacement du paragraphe a) par le suivant:

«a) aux fins de l'indemnisation, la distance admise est la distance nécessaire et effectivement parcourue par l'employé dans l'exercice de ses fonctions selon la moindre des deux distances entre la résidence et le point de travail ou entre le port d'attache et le point de travail.

Le supérieur immédiat peut toutefois, s'il le juge nécessaire, autoriser le remboursement de toute la distance effectivement parcourue par l'employé dans l'exercice de ses fonctions.».

2. L'article 31 est modifié:

a) par le remplacement, au premier alinéa, du nombre «24,65», par le suivant: «25,70»;

b) par le remplacement, aux paragraphes a), b), c) et d), des nombres «5,55, 7,65, 11,45 et 11,45», par les suivants: «5,80, 7,95, 11,95 et 11,95».

3) L'article 34 est modifié par le remplacement, aux paragraphes i), ii) et iii), des nombres «3,40, 5,30 et 5,30», par les suivants: «3,55, 5,55 et 5,55».

4) L'article 36 est modifié:

a) par le remplacement, au paragraphe a), du nombre «12,60», par le suivant: «13,35»;

b) par le remplacement, au paragraphe b), du nombre «7,00», par le suivant: «7,40».

5. L'article 37 est modifié par le remplacement du nombre «9,10», par le suivant: «9,25».

6. L'article 40 est modifié par le remplacement du nombre «3,40», par le suivant: «3,55».

7. L'article 41 est modifié par le remplacement, au deuxième alinéa, du nombre «6,20», par le suivant: «6,55».

.../2

8. L'article 52 est modifié par le remplacement du nombre «243,00», par le suivant: «255,00».

9. L'article 72 est modifié par le remplacement du nombre «243,00», par le suivant: «255,00».

10. Les présentes modifications entrent en vigueur le 11 décembre 1984.

ANNEXE IV

MODES DE CONTROLE DE L'UTILISATION DES APPAREILS EMETTANT DES RADIATIONS

REGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA SANTE PUBLIQUE (R.R.Q., 1981, chap. P-35, r. 1)

CHAPITRE VIII

NORMES D'EQUIPEMENT, DE FONCTIONNEMENT TECHNIQUE ET DE SALUBRITE DES LABORATOIRES ET DE LA QUALITE DU PERSONNEL Y EMPLOYE

SECTION II

LABORATOIRE DE RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

143. Pour les fins de la présente section, les expressions et mots suivants signifient:

a) "personne directement affectée à des travaux sous rayons X": personne qui travaille habituellement dans une zone contrôlée;

b) "personnel": toute personne travaillant dans un laboratoire de radiologie diagnostique;

c) "personne non directement affectée à des travaux sous rayons X": personne qui, exposée du fait de ses activités professionnelles à des rayons X, ne travaille pas habituellement en zone contrôlée;

d) "physicien": une personne détenant un diplôme de premier cycle en physique ou l'équivalent et ayant une compétence en radio-protection;

e) "zone contrôlée": parties du laboratoire à l'intérieur desquelles les travailleurs sont susceptibles de recevoir des équivalents de doses supérieures aux équivalents de doses maximums admissibles fixés à l'annexe 8, pour les personnes non directement affectées à des travaux sous rayons X.

1. Equipement

144. L'équipement utilisé dans un laboratoire de radiologie diagnostique doit être maintenu en bon état de fonctionnement pour assurer constamment la protection du patient et du personnel.

145. Un dossier d'équipement doit être ouvert et contenir pour chacun des appareils à rayons X les renseignements suivants:

a) l'identification de l'appareil: nom du fabricant, numéro de série et nombre de tubes radiogènes;

b) l'identification des systèmes d'imagerie;

c) le plan du local indiquant les spécifications du blindage des murs, du plancher, du plafond, des portes et des fenêtres ainsi que l'emplacement des zones contrôlées, de la cabine de contrôle, des systèmes d'imagerie, des passe-cassettes, des portes et des fenêtres;

d) l'aménagement des locaux adjacents, sus et sous-adjacents et le type d'occupation et d'utilisation de ces locaux et des locaux avoisinants;

e) les orientations utilisées du faisceau primaire et la filtration totale des tubes radiogènes;

f) la date des vérifications prévues aux articles 146, 147 et 149, les résultats obtenus, la signature du physicien ayant procédé à ces vérifications et le rapport visé à l'article 150.

146. Lors de l'installation d'un appareil à rayons X, un avis contenant le nom du fabricant, le modèle et le numéro de série de cet appareil doit être envoyé au ministre. De plus, le blindage et l'appareil doivent être vérifiés par un physicien avant la mise en opération de cet appareil.

147. Lors d'une modification au blindage, à un appareil à rayons X ou à son utilisation, le blindage et l'appareil doivent être vérifiés par un physicien avant la mise en opération de cet appareil.

148. Lors d'une modification au blindage, à un appareil à rayons X ou à son utilisation, le dossier d'équipement prévu à l'article 145 doit être mis à jour et indiquer les modifications effectuées.

149. Une vérification du blindage, de la calibration de chaque appareil à rayons X et de la sécurité des installations doit être effectuée tous les 2 ans par un physicien.

Toutefois cette vérification doit être effectuée tous les 3 ans dans le cas d'un laboratoire de radiologie diagnostique spécifique en médecine dentaire.

150. Le physicien qui, lors d'une vérification effectuée en vertu des articles 146, 147 ou 149, constate que le blindage ou la zone contrôlée, l'appareil à rayons X, son installation, sa calibration ou son utilisation n'est pas conforme à la présente section doit en avertir immédiatement le détenteur du permis. Celui-ci doit avertir le personnel s'il y a danger qu'il soit exposé à

des équivalents de doses supérieurs à ceux fixés à l'annexe 8 et apporter immédiatement les correctifs nécessaires.

Dans les 5 jours de ces vérifications, le physicien doit faire parvenir un rapport écrit de ses constatations au détenteur du permis.

151. Un appareil à rayons X installé après le 28 mai 1979 doit être muni des dispositifs permettant de réduire le temps d'exposition jusqu'à 1/60 de seconde.

152. Le tube radiogène destiné au diagnostic doit être fixé et ajusté à l'intérieur de l'emboîtement de sa gaine ou d'une structure blindée, laquelle doit isoler celui-ci de telle sorte que, pour le potentiel maximum, la fuite de rayons X n'excède pas 0,1% de la radiation primaire à la même distance du foyer.

153. En radiologie, sauf dans le cas prévu à l'article 154, un appareil à rayons X doit être équipé de façon à ce que la distance foyer-peau ne puisse être inférieure à 30 centimètres.

154. En radiologie dentaire, sauf lorsqu'il s'agit d'un appareil destiné à l'usage intra-oral, un appareil à rayons X doit être équipé de façon à ce que la distance foyer-peau ne puisse être inférieure à 18 centimètres.

155. Un appareil de radiographie dentaire doit être muni d'un dispositif ne permettant pas au faisceau de radiation primaire de dépasser un diamètre de 7 centimètres à l'extrémité du cône localisateur.

156. Un appareil à rayons X destiné à fonctionner à des tensions supérieures à 70 kilovolts doit être muni d'un filtre fixé dans l'appareil pour assurer une filtration totale équivalente au moins à 2,5 millimètre d'aluminium.

Un appareil à rayons X destiné à fonctionner à des tensions inférieures à 50 kilovolts doit être muni d'un filtre fixé dans l'appareil pour assurer une filtration totale équivalente au moins à 0,5 millimètre d'aluminium.

Un appareil à rayons X destiné à fonctionner à des tensions supérieures à 50 kilovolts mais inférieures à 70 kilovolts doit être muni d'un filtre fixé dans l'appareil pour assurer une filtration totale équivalente au moins à 1,5 millimètre d'aluminium.

Un appareil à rayons X destiné à fonctionner à toute tension et non muni de filtre fixé doit être équipé de façon à ne pas permettre l'exposition à moins d'assurer une filtration égale à celle prévue aux alinéas précédents.

157. L'atténuation des rayons X par le dessus de la table d'examen ne doit pas être supérieure à l'équivalent de 1 millimètre d'aluminium mesuré à 100 kilovolts (tension de crête) dans le cas où le tube se trouve au-dessus de la table.

158. En fluoroscopie, lorsque l'opérateur d'un appareil à rayons X est placé directement derrière le détecteur, le faisceau primaire de rayons X doit se trouver à l'intérieur de la surface de l'écran fluoroscopique en assurant une marge inexposée d'au moins 6 millimètres.

159. Un appareil radiophotographique pulmonaire doit être équipé de façon à ce que la surface du faisceau de radiation primaire ne puisse dépasser 36 centimètres X 43 centimètres au plan de l'écran quelle que soit la distance foyer-peau.

160. Un appareil de fluoroscopie installé après le 28 mai 1979 doit être équipé d'un intensificateur de luminance.

161. Le faisceau primaire employé en fluoroscopie doit être atténué par un écran dont l'équivalent en plomb est d'au moins 1,5 millimètre pour les appareils à rayons X fonctionnant jusqu'à un potentiel de 100 kilovolts plus l'équivalent de 0,01 millimètre de plomb pour chaque kilovolt additionnel.

L'exposition doit s'interrompre automatiquement lorsque l'écran est enlevé du faisceau utile.

162. Un appareil de fluoroscopie installé après le 28 mai 1979 doit être équipé d'un blindage équivalent à 0,25 millimètre de plomb permettant de couvrir la fente de la grille mobile Bucky pendant l'examen.

163. Un appareil de radiologie doit être muni d'un interrupteur d'exposition du type à ressort ou d'un interrupteur à pression continue.

164. Sauf en fluoroscopie, l'interrupteur d'exposition d'un appareil à rayons X doit être placé de façon à ce que l'opérateur ne puisse exposer à l'extérieur du poste de contrôle.

165. Le pupitre de commande de l'appareil de radiographie doit être muni d'un dispositif indicatif de production de radiation au moment de l'exposition.

166. Un appareil de fluoroscopie doit être pourvu d'une minuterie permettant d'avertir l'opérateur, à l'aide d'un signal sonore, qu'un temps d'exposition d'un maximum de 5 minutes est écoulé.

167. Un appareil de fluoroscopie doit être muni d'indicateur de courant, de tension et de temps d'exposition placé de façon à permettre la surveillance de ces variables par l'opérateur pendant l'examen.

168. Un appareil de radiologie doit permettre une tension d'au moins 90 kilovolts sauf en mammographie et en radiographie dentaire.

169. Sauf en radiographie dentaire, un appareil à rayons X doit être muni d'un dispositif pouvant limiter le champ aux dimensions du récepteur d'image.

170. Un laboratoire doit être équipé d'un appareil à rayons X fixe après le 28 mai 1979. Dans un laboratoire où existe déjà un appareil à rayons X mobile, celui-ci doit être fixé et la salle où il est utilisé blindée conformément à la sous-section 6.

2. Personnel

171. Le détenteur du permis est responsable de la qualité de tout le travail effectué à l'intérieur d'un laboratoire de radiologie diagnostique, de l'application du chapitre VIII, et

a) il doit s'assurer que toute personne qui opère un appareil à rayons X est soit un membre en règle d'une corporation professionnelle dont les membres sont habilités par la loi à faire de la radiologie sur les êtres vivants et, lorsque cette loi l'exige, détient un permis délivré conformément aux articles 186 et 187 du Code des professions, (L.R.Q., chap. C-26), soit un étudiant qui effectue un stage de formation professionnelle en vue d'obtenir un permis d'exercice délivré en vertu d'une de ces lois professionnelles;

b) il est responsable de la préparation et de la mise à jour d'un manuel de méthodologie décrivant les différentes techniques utilisées pour les examens et voit à ce qu'il soit accessible au personnel en tout temps;

c) il doit tenir compte des qualifications et de la formation de chaque employé lorsqu'il assure la répartition des tâches;

d) il doit tenir à jour et conserver au laboratoire les dossiers visés aux articles 115, 145, 148, 173 et le registre visé à l'article 182.

172. Le détenteur du permis de laboratoire de radiologie diagnostique générale doit s'assurer qu'un médecin détenant un certificat de spécialiste en radiologie diagnostique délivré par la Corporation professionnelle des médecins du Québec assure la surveillance de ce laboratoire pendant les heures d'activités de celui-ci.

Le détenteur d'un permis de laboratoire de radiologie diagnostique spécifique doit s'assurer qu'un membre d'une corporation professionnelle dont la loi l'autorise à faire de la radiologie sur les êtres vivants et, lorsque la loi l'exige, détenant un permis délivré conformément aux articles 186 et 187 du Code des professions (L.R.Q., chap. C-26) assure la surveillance de ce laboratoire pendant les heures d'activités de celui-ci.

173. Un dossier à jour doit être tenu sur chacun des membres du personnel et doit inclure:

a) un certificat médical à l'embauchage et par la suite annuel attestant que la personne est apte à travailler dans un laboratoire de radiologie;

b) les résultats des examens médicaux visés aux articles 174, 175, 176 et 185;

c) les rapports des équivalents de doses de rayons X auxquels il a été exposé;

d) un duplicata de tout diplôme ou certificat d'étude se rapportant à son emploi et les documents attestant qu'il remplit les exigences visées au paragraphe a de l'article 171;

e) les formules visées aux articles 181 et 189, s'il y a lieu.

174. Le détenteur du permis doit s'assurer que tout membre du personnel directement affecté à des travaux sous rayons X s'est soumis à un examen médical d'embauchage comprenant:

a) une anamnèse orientée vers les risques auxquels peut être exposé l'employé et relative à:

i. l'existence possible d'affections familiales héréditaires;

ii. des affections possibles ayant un retentissement hématologique; et

iii. l'estimation des équivalents de doses de rayons X d'origine professionnelle reçus antérieurement. Si, pour une période donnée de la vie professionnelle de la personne directement affectée antérieurement à des travaux sous rayons X, l'équivalent de doses cumulées n'est pas connu de façon certaine, il est considéré égal à l'équivalent de doses maximum admissible prévu à l'annexe 8 correspondant à cette période;

b) un examen physique; et

c) une formule sanguine complète y compris une numération des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes, et une formule leucocytaire différentielle.

175. Le détenteur du permis doit s'assurer que tout membre du personnel directement affecté à des travaux sous rayons X s'est soumis annuellement à l'examen médical visé dans l'article 174.

176. Le détenteur du permis doit s'assurer qu'à la fin des premier et deuxième mois d'emploi, toute personne directement affectée à des travaux sous rayons X et toute personne visée à l'article 184 s'est soumise aux examens visés au paragraphe c de l'article 174.

3. Fonctionnement

177. Avant la mise en opération d'un appareil à rayons X, l'opérateur doit s'assurer que les personnes présentes dans la salle d'examen, sauf celles soumises à l'examen, sont protégées conformément à l'article 186 et que les portes blindées de la salle d'examen sont fermées.

178. L'opérateur d'un appareil à rayons X qui prend des clichés d'une personne doit identifier celle-ci et les clichés qui en ont été pris.

Les clichés radiologiques doivent être identifiés de façon permanente, pour la durée de conservation du dossier.

179. Un registre à jour indiquant le nombre de chaque type d'examens faits par période de 24 heures doit être tenu.

4. Protection du personnel

180. Le détenteur du permis doit délimiter une zone contrôlée autour d'une source de rayons X. L'accès à cette zone doit faire l'objet d'une signalisation.

181. Le détenteur du permis doit voir à ce qu'une personne directement affectée à des travaux sous rayons X signe un document par lequel elle accepte de travailler dans les zones contrôlées avant que cette affectation prenne effet.

182. Le détenteur du permis doit rendre disponible à une personne directement affectée à des travaux sous rayons X un dosimètre permettant de déceler les doses cumulatives de rayons X auxquelles elle est exposée.

183. Les équivalents de doses cumulatives de rayons X reçus par le personnel ne doivent pas dépasser les équivalents de doses déterminées à l'annexe 8.

184. Lorsqu'un membre du personnel reçoit des équivalents de doses de rayons X de 25 millirem ou plus par semaine, le détenteur du permis de laboratoire de radiologie diagnostique doit voir à ce qu'une étude soit effectuée afin de déterminer les causes de

cette exposition et voir à la diminuer.

185. Lorsqu'un membre du personnel reçoit des équivalents de doses de rayons X supérieurs à ceux prévus à l'annexe 8, il doit en être averti immédiatement et si la dose est personnelle, le détenteur du permis doit s'assurer qu'il s'est soumis à nouveau à l'examen médical visé à l'article 174.

186. Le personnel effectuant un examen radiologique doit se protéger des rayons X en se tenant dans une cabine de contrôle, ou derrière un écran, ou en portant des vêtements protecteurs visés dans le deuxième alinéa.

Des vêtements protecteurs doivent être disponibles et conformément aux prescriptions suivantes:

a) les tabliers protecteurs en usage en radiologie dentaire doivent produire une atténuation du faisceau équivalente à celle produite par 0,25 millimètre de plomb;

b) les tabliers protecteurs autres que ceux prévus au paragraphe a doivent produire une atténuation du faisceau équivalente à celle produite par 0,5 ou 0,25 millimètre de plomb selon les besoins;

c) les gants doivent fournir une protection équivalente à celle produite par 0,5 millimètre de plomb.

187. L'épaisseur équivalente en plomb du matériel utilisé doit être indiquée sur chacun des vêtements.

188. Dans un laboratoire de radiologie diagnostique, des accessoires d'immobilisation doivent être disponibles.

Lorsqu'il est impossible d'immobiliser un patient par ces accessoires, la personne l'immobilisant doit se protéger en se plaçant hors du faisceau primaire et en portant des vêtements protecteurs visés dans l'article 186.

189. A l'embauchage, le détenteur du permis doit voir à ce qu'une employée signe la formule prévue à l'annexe 10 l'informant des limites d'exposition aux rayons X dans les cas de grossesse.

190. Lorsque le détenteur du permis est averti qu'une employée est en état de grossesse, il doit s'assurer qu'elle n'est pas exposée à recevoir des équivalents de doses de rayons X supérieurs à la dose prévue à l'annexe 8 pour une personne en état de grossesse.

191. Une employée en état de grossesse peut continuer d'exercer ses fonctions à condition qu'un contrôle hebdomadaire des doses reçues soit effectué.

192. En radiographie dentaire, l'opérateur de l'appareil à rayons X doit s'abstenir de maintenir lui-même le film lors de l'exposition aux rayons X. Ce film doit être maintenu en position par un appareil conçu à cet effet ou par la personne subissant l'examen.

5. Protection des personnes examinées aux rayons X

193. Sauf en radiographie dentaire, l'opérateur d'un appareil à rayons X doit s'assurer que des caches plombées protègent les gonades des personnes en âge de procréer, sauf si ces caches interfèrent avec l'objectif premier de l'examen.

Sauf en radiographie dentaire, l'opérateur d'un appareil à rayons X doit s'assurer que le conage du faisceau de radiation protège les épiphyses des enfants et les gonades des personnes en âge de procréer.

194. En radiographie dentaire, l'opérateur de l'appareil à rayons X doit s'assurer que la personne exposée aux rayons X est revêtue d'un tablier protecteur conforme aux spécifications du paragraphe a de l'article 186.

6. Blindage

195. Un laboratoire de radiologie diagnostique doit être aménagé, les murs, plancher, plafond, portes et fenêtres de ce laboratoire doivent être blindés de façon à ce que:

a) une personne directement affectée à des travaux sous rayons X ne soit pas exposée à une irradiation moyenne de plus de 100 millirem par semaine; et

b) une personne non directement affectée à des travaux sous rayons X ne soit pas exposée à une irradiation moyenne de plus de 10 millirem par semaine.

Ce blindage est calculé selon la méthode prévue à l'annexe 9.

196. Lors de la pose d'un blindage, le détenteur du permis de laboratoire de radiologie diagnostique doit voir à ce qu'un physicien vérifie ce blindage avant la fermeture des cloisons du laboratoire.

197. Le blindage des murs, du plancher, du plafond, des portes et des fenêtres d'un laboratoire de radiologie diagnostique doit constituer une protection ininterrompue.

198. Les films radiographiques ne doivent pas être exposés à une irradiation de plus de 0,2 milliröentgen pendant la durée de l'entreposage.

Ce blindage est calculé selon la méthode prévue à l'annexe 9.

ANNEXE 8
(a. 143, 150, 174, 183, 185 et 190)

ÉQUIVALENTS DE DOSES MAXIMUMS ADMISSIBLES (EDMA)

Tableau 1

Équivalents de doses maximums admissibles (EDMA) de rayons X, excluant les doses reçues à des fins médicales et paramédicales et les doses d'origine naturelle, pour :

1) les personnes de 16 et 17 ans directement affectées à des travaux sous rayons X ;

2) les personnes non directement affectées à des travaux sous rayons X ;

3) les personnes du public.

Organe ou tissu	*Équivalents de doses maximums admissibles (EDMA) rems*
	Annuels
Tout le corps, gonades, moelle des os, cristallin	0,5
Os, peau	3
Thyroïde	
a) personnes de moins de 16 ans	1,5
b) personnes de 16 ans et plus	3
Tout tissu des mains, des avant-bras, des pieds et des chevilles	7,5
Autres organes ou tissus pris isolément	1,5

ÉQUIVALENTS DE DOSES MAXIMUMS ADMISSIBLES (EDMA)

Tableau 2

Équivalents de doses maximums admissibles (EDMA) de rayons X pour les personnes de 18 ans et plus qui sont directement affectées à des travaux sous rayons X, excluant les doses reçues à des fins médicales et paramédicales et les doses d'origine naturelle.

Organe ou tissu	*Équivalents de doses maximums admissibles (EDMA) rems*	
	Trimestriels	*Annuels*
Tout le corps, gonades, moelle des os, cristallin	3	5
Os, peau, thyroïde	15	30
Tout tissu des mains, des avant-bras, des pieds et des chevilles	38	75
Autres organes ou tissus pris isolément	8	15

ÉQUIVALENTS DE DOSES MAXIMUMS ADMISSIBLES (EDMA)

Tableau 3

Équivalents de doses maximums admissibles (EDMA) de rayons X pour les femmes en âge de procréer directement affectées à des travaux sous rayons X, excluant les doses reçues à des fins médicales et paramédicales et les doses d'origine naturelle.

Organe ou tissu	*Équivalents de doses maximums admissibles (EDMA) rems*	
	Trimestriels	*Annuels*
Tout le corps, gonades, moelle des os, cristallin	1,3*	5*
Os, peau, thyroïde	15	30
Tout tissu des mains, des avant-bras, des chevilles et des pieds	38	75
Autres organes ou tissus pris isolément	8	15

*La dose reçue au niveau de l'abdomen ne doit pas dépasser 0,2 rem par période de 2 semaines et, si la personne est en état de grossesse, cette dose ne doit pas dépasser 1,5 rem par année

ANNEXE 9
(a. 195 et 198)

Pour déterminer le blindage d'une installation en radiologie diagnostique, il est essentiel de connaître :

a) Le niveau d'exposition admissible au point considéré (P/T)

P : étant la dose maximum hebdomadaire permise par l'article 195 du présent règlement, à savoir :

100 mRem/sem. pour une zone contrôlée

10 mRem/sem. pour une zone non contrôlée.

T : étant le coefficient d'occupation, c'est-à-dire la fraction de la semaine ouvrable durant laquelle un secteur est occupé.

N.B. Lorsque T est inconnu, on utilise les valeurs du tableau II.

b) L'exposition hebdomadaire au point d'intérêt (E mR/sem.)

À des fins pratiques de calcul, on distingue pour chaque tube en opération 3 sources distinctes de radiation :

1) le faisceau primaire ;
2) le rayonnement diffusé par le patient ;
3) le rayonnement de fuite.

Les valeurs correspondantes de E se calculent à l'aide des formules suivantes :

1) $E_{prim} = \phi_n$ W.U./ $(d_{prim})^2$ (1)

2) $E_{dif} = \phi_n a$ WF/400 $(d_{dif})^2$ $(d_{sec})^2$ (2)

3) $E_f = \phi_t$ W/d^2_{sec} (3)

où W : est le volume de travail hebdomadaire exprimé en mA-min/sem.

U : le coefficient d'utilisation : à savoir, la fraction du temps au cours duquel le faisceau utile est dirigé vers l'écran ou le secteur considéré.

N.B. Lorsqu'inconnu, on utilise les valeurs du tableau I de la presente annexe.

d_{prim} : la distance en mètres entre le point le plus près de la surface à blinder et la position d'utilisation moyenne du tube radiogène.

d_{dif} : la distance en mètres entre le foyer du tube et la surface la plus rapprochée du patient (distance foyer-peau généralement utilisée et compatible avec les articles 153 et 154 du règlement).

d_{sec} : la distance en mètres entre le foyer de diffusion et le point d'intérêt.

ϕ_n : le débit d'exposition par unité de courant de l'appareil visé exprimé en milliRöentgen/milliAmpère-minute (mR/mA-min.). Cette valeur doit être connue ou mesurée à un mètre de distance du foyer, dans le faisceau primaire filtré selon l'article 156 du règlement dans des conditions normales d'utilisation. Cette mesure de ϕ doit nécessairement être faite par un physicien à l'aide d'instruments appropriés. Elle dépend de la tension et du mode de rectification. Le tableau III de la présente annexe donne les valeurs mesurées récemment par Kelley et Trout pour des appareils à potentiel pulsé (Réf : J.P. Kelley and E. Dale Trout, Radiology 104 : 171-172 juillet 1972).

ϕ_t : le débit d'exposition unitaire exprimé en (mR/mA-min.) dû au maximum de rayonnement de fuite permis.

On écrit :

$$\phi_t = \phi_{n/1\,000} \quad (4)$$

F : la grandeur du champ utilisé exprimée en cm².

a : le rapport moyen de la quantité de rayonnement diffusé au rayonnement primaire pour un champ de 400 cm². Ce rapport dépend de l'angle de diffusion et de la tension appliquée aux bornes du tube. Les valeurs sont données au tableau IV de la présente annexe.

Connaissant le niveau d'exposition admissible (P/T) et l'intensité du rayonnement (E) au point d'intérêt, on calcule la transmission (B) et l'épaisseur requise X (mm de Pb) de l'écran protecteur par la formule suivante :

$$B = \frac{P/T}{E} = 2^{-n} \quad (5)$$

où n : est le nombre de couches de demi-atténuation requises. L'épaisseur de la couche de demi-atténuation, pour un faisceau polychromatique, varie avec l'atténuation et la tension de crête ; sa valeur moyenne CDA s'obtient en pondérant les valeurs du tableau V suivant l'atténuation désirée.

On écrit E = E_{prim} pour le calcul de l'écran primaire.

et E = E_{dif} + E_f pour le calcul de l'écran secondaire.

Enfin X = n (CDA) (6)

N.B. On convient, pour les fins de calcul de blindage, que l'énergie moyenne des photons diffusés est la même que celle du faisceau primaire lorsqu'il s'agit d'appareils de moins de 500 kV.

Cette méthode s'applique aussi au calcul de l'épaisseur des écrans nécessaires à la protection des films radiogra-

phiques. Le seuil d'exposition du film au-dessus duquel il y aura formation de voile étant fixé à 0,2 mR, l'on détermine la valeur du niveau d'exposition admissible par la formule :

$$P/T = 1.4/J \quad \text{mR/sem.}$$

où J : est le nombre de jours pendant lequel le film reste entreposé à proximité d'une source de rayonnement.

L'exposition hebdomadaire E à cet endroit s'obtient par les équations 1, 2 et 3 suivant le cas.

Les valeurs contenues dans les tableaux VII à X de la présente annexe pour des installations types assurent un blindage suffisant pour réduire l'exposition des appareils à potentiel pulsé au niveau stipulé dans le présent règlement.

(Ref : *NCRP Report no 49. (Sept. 15, 1976) Structural Shielding Design and Evaluation for medical use of X Rays of Energies up to 10MEV. National Council on Radiation Protection and Measurements, 7910, Woodmont Avenue, Washington, DC Z0014.)*

Tableau I

FACTEURS D'UTILISATION U EN RADIOGRAPHIE ET EN RADIOSCOPIE

Rayons X	*Paroi*	*Radiographie Générale*	*Radiographie Pulmonaire*	*Radiographie dentaire*	*Radioscopie (3)*
Primaires	Plancher	1	S.O.	1/16	S.O.
	Murs	1/4	1 mur: 1	1/16	S.O.
	Plafond	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.

Note: 1) S.O.: sans objet.
2) Pour les rayons X secondaire U = 1.
3) L'on utilise U = 1 pour le calcul de l'écran protecteur derrière la caméra.

Tableau II

COEFFICIENT D'OCCUPATION (T)

Occupation complète (T = 1)	*Occupation partielle (T = 1/4)*	*Occupation occasionnelle (T = 1/16)*
Cabines des techniciens	Salles d'attente	Toilettes non utilisées par le personnel radiologique
Postes de réception	Passages trop étroits pour bureaux	Salles d'entreposage non occupées
Toilettes et salles de repos pour le personnel radiologique	Salles de repos non utilisées par le personnel radiologique	Escaliers
Salles de travail, Salles et chambres de patients		Ascenseurs automatiques
Chambres noires	Ascenseurs avec opérateur	Trottoirs et rues
Magasins, boutiques	Terrains de stationnement	
Restaurants		
Logis et autres lieux d'habitation		
Terrains et salles de jeux		
Édifices avoisinants		

N.B. Le coefficient d'occupation pour la zone contrôlée est égal à 1.

Tableau III

DÉBIT D'EXPOSITION ϕ_a EN FONCTION DE LA TENSION DE CRÊTE ET DE LA FILTRATION.

kVc	*Filtration (mm. Al.)*	ϕ_a *mR/mA.min à 1 m*
50	0,5	860
70	1,5	470
100	2,5	570
125	2,5	760
150	2,5	980

N.B. Les valeurs à 50 et 70 k Vc. proviennent d'un générateur autodressé, 60 Hz.; celles à 100, 125 et 150 k Vc. d'un générateur une phase, redressé, pleine onde. Pour des appareils triphasés, 12 impulsions, ϕ_a est environ le double.

Tableau IV

COEFFICIENT DE DIFFUSION, a, POUR UN APPAREIL À POTENTION PULSE

Angle de diffusion (Faisceau central)

kVc	*30°*	*45°*	*60°* ($X\,10^{-1}$)	*90°*	*120°*	*135°*
50	0,5	0,2	0,25	0,35	0,8	1,0
70	0,65	0,35	0,35	0,5	1,0	1,3
100	1,5	1,2	1,2	1,3	2,0	2,2
125	1,8	1,5	1,5	1,5	2,3	2,5
150	2,0	1,6	1,6	1,6	2,4	2,6
200	2,4	2,0	1,9	1,9	2,7	2,8
250	2,5	2,1	1,9	1,9	2,7	2,8
300	2,6	2,2	2,0	1,9	2,6	2,8

Réf. 3: Voir Réf. 1 de l'annexe.

Tableau V

C.D.A. (EN MM) MOYENNES POUR LE PLOMB[a]

TANSMISSION B	*TENSION DE CRÊTE (KILO-VOLTS)*						
	50	*70*	*100*	*125*	*150*	*200*	*300*
$1 \leq B < 10^{-1}$	0,01	0,01	0,05	0,08	0,11	0,19	0,27
$10^{-1} \leq B < 10^{-2}$	0,02	0,05	0,13	0,19	0,22	0,28	0,58
$10^{-2} \leq B < 10^{-3}$	0,03	0,09	0,24	0,25	0,28	0,36	1,01
$10^{-3} \leq B < 10^{-4}$	0,04	0,13	0,26	0,28	0,29	0,45	1,24
$10^{-4} \leq B < 10^{-5}$	0,05	0,15	0,27	0,29	0,30	0,51	1,37
$10^{-5} \leq B < 10^{-6}$	0,06	0,17	0,27	0,30	0,31	0,52	1,47

a : Ces valeurs ont été extraites des courbes des Fig. 1 et 2 de l'annexe D du rapport NCRP49. Elles s'appliquent donc à un rayonnement filtré selon le tableau III

ANNEXE 10
(a. 189)

FORMULE À SIGNER PAR LE PERSONNEL FÉMININ D'UN LABORATOIRE DE RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE, ARTICLE 189

Je reconnais avoir pris connaissance des limites d'exposition aux rayons X telles que prévues au tableau 3 de l'annexe 8 ci-dessous reproduit.

Organe ou tissu	*Équivalents de doses maximums admissibles (EDMA) rems*	
	Trimestriels	*Annuels*
Tout le corps, gonades, moelle des os, cristallin	1,3*	5*
Os, peau, thyroïde	15	30
Tout tissu des mains, des avant-bras, des chevilles et des pieds	38	75
Autres organes ou tissus pris isolément	8	15

Ces EDMA excluent les doses reçues à des fins médicales et paramédicales et les doses d'origine naturelle.

*La dose reçue au niveau de l'abdomen ne doit pas dépasser 0,2 rem par période de 2 semaines et, si la personne est en état de grossesse, cette dose ne doit pas dépasser 1,5 rem par année.

Je m'engage à signaler au détenteur du permis tout état de grossesse.

. . . . . .
nom de l'employée

. . . . . .
signature de l'employée

. . . . . .
date

. . . . . .
nom du détenteur du permis

. . . . . .
signature du détenteur du permis

. . . . . .
date

Cette formule doit être déposée au dossier de l'employée.